Studien über Hysterie

Josef Breuer,
Sigmund Freud


The New York
Public Library





STUDIEN

ÜBER

HYSTERIE

VON

DR. JOS. BREUER UND DR. SIGM. FREUD

IN WIEN.



LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1895.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Verlags-Nr. 445.

VORWORT.

Wir haben unsere Erfahrungen über eine neue Methode der Erforschung und Behandlung hysterischer Phänomene 1893 in einer „Vorläufigen Mittheilung“ [1] veröffentlicht und daran in möglichster Knappheit die theoretischen Anschauungen geknüpft, zu denen wir gekommen waren. Diese „Vorläufige Mittheilung“ wird hier, als die zu illustrirende und zu erweisende These, nochmals abgedruckt.

Wir schliessen nun hieran eine Reihe von Krankenbeobachtungen, bei deren Auswahl wir uns leider nicht bloss von wissenschaftlichen Rücksichten bestimmen lassen durften. Unsere Erfahrungen entstammen der Privatpraxis in einer gebildeten und lesenden Gesellschaftsclasse, und ihr Inhalt berührt vielfach das intimste Leben und Geschick unserer Kranken. Es wäre ein schwerer Vertrauensmissbrauch, solche Mittheilungen zu veröffentlichen, auf die Gefahr hin, dass die Kranken erkannt und Thatsachen in ihrem Kreise verbreitet werden, welche nur dem Arzte anvertraut wurden. Wir haben darum auf instructivste und beweiskräftigste Beobachtungen verzichten müssen. Dieses betrifft naturgemäss vor allem jene Fälle, in denen die sexualen und ehelichen Verhältnisse ätiologische Bedeutung haben. Daher kommt es, dass wir nur sehr unvollständig den Beweis für unsere Anschauung erbringen können: die Sexualität spiele als Quelle psychischer Traumen und als Motiv der „Abwehr“, der Verdrängung von Vorstellungen aus dem Bewusstsein, eine Hauptrolle in der Pathogenese der Hysterie. Wir mussten eben die stark sexualen Beobachtungen von der Veröffentlichung ausschliessen.

Den Krankengeschichten folgt eine Reihe theoretischer Erörterungen, und in einem therapeutischen Schlusscapitel wird die Technik der

[1] Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Neurologisches Centralblatt 1893, Nr. 1 und 2.

„kathartischen Methode" dargelegt, sowie sie sich in der Hand des Neurologen entwickelt hat.

Wenn an manchen Stellen verschiedene, ja sich widersprechende Meinungen vertreten werden, so möge das nicht als ein Schwanken der Auffassung betrachtet werden. Es entspringt den natürlichen und berechtigten Meinungsverschiedenheiten zweier Beobachter, die bezüglich der Thatsachen und der Grundanschauungen übereinstimmen, deren Deutungen und Vermuthungen aber nicht immer zusammenfallen.

April 1895.

J. Breuer, S. Freud.

INHALTS-VERZEICHNISS.

I. Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene.[1]

(Vorläufige Mittheilung.)

Von Dr. Josef Breuer und Dr. Sigm. Freud in Wien.

I.

Angeregt durch eine zufällige Beobachtung forschen wir seit einer Reihe von Jahren bei den verschiedensten Formen und Symptomen der Hysterie nach der Veranlassung, dem Vorgange, welcher das betreffende Phänomen zum ersten Mal, oft vor vielen Jahren, hervorgerufen hat. In der grossen Mehrzahl der Fälle gelingt es nicht, durch das einfache, wenn auch noch so eingehende Krankenexamen, diesen Ausgangspunkt klarzustellen, theilweise, weil es sich oft um Erlebnisse handelt, deren Besprechung den Kranken unangenehm ist, hauptsächlich aber, weil sie sich wirklich nicht daran erinnern, oft den ursächlichen Zusammenhang des veranlassenden Vorganges und des pathologischen Phänomens nicht ahnen. Meistens ist es nöthig, die Kranken zu hypnotisiren und in der Hypnose die Erinnerungen jener Zeit, wo das Symptom zum ersten Male auftrat, wachzurufen; dann gelingt es, jenen Zusammenhang auf's Deutlichste und Ueberzeugendste darzulegen.

Diese Methode der Untersuchung hat uns in einer grossen Zahl von Fällen Resultate ergeben, die in theoretischer wie in praktischer Hinsicht werthvoll erscheinen.

In theoretischer Hinsicht, weil sie uns bewiesen haben, dass das accidentelle Moment weit über das bekannte und anerkannte Maass hinaus bestimmend ist für die Pathologie der Hysterie. Dass es bei „traumatischer" Hysterie der Unfall ist, welcher das Syndrom hervorgerufen hat, ist ja selbstverständlich, und wenn bei hysterischen Anfällen aus den Aeusserungen der Kranken zu entnehmen ist, dass sie in jedem Anfall immer wieder denselben Vorgang hallucinirén, der die erste Attake hervorgerufen hat, so liegt auch hier der ursächliche Zusammenhang klar zu Tage. Dunkler ist der Sachverhalt bei den anderen Phänomenen.

[1] Wiederabdruck aus dem „Neurologischen Centralblatt", 1893, Nr. 1 u. 2.

Unsere Erfahrungen haben uns aber gezeigt, *dass die verschiedensten Symptome, welche für spontane, sozusagen idiopathische Leistungen der Hysterie gelten, in ebenso stringentem Zusammenhang mit dem veranlassenden Trauma stehen, wie die oben genannten, in dieser Beziehung durchsichtigen Phänomene.* Wir haben Neuralgien wie Anästhesien der verschiedensten Art und von oft jahrelanger Dauer, Contracturen und Lähmungen, hysterische Anfälle und epileptoide Convulsionen, die alle Beobachter für echte Epilepsie gehalten hatten, Petit mal und tikartige Affectionen, dauerndes Erbrechen und Anorexie bis zur Nahrungsverweigerung, die verschiedensten Sehstörungen, immer wiederkehrende Gesichtshallucinationen u. dgl. mehr auf solche veranlassende Momente zurückführen können. Das Missverhältniss zwischen dem jahrelang dauernden hysterischen Symptom und der einmaligen Veranlassung ist dasselbe, wie wir es bei der traumatischen Neurose regelmässig zu sehen gewohnt sind; ganz häufig sind es Ereignisse aus der Kinderzeit, die für alle folgenden Jahre ein mehr minder schweres Krankheitsphänomen hergestellt haben.

Oft ist der Zusammenhang so klar, dass es vollständig ersichtlich ist, wieso der veranlassende Vorfall eben dieses und kein anderes Phänomen erzeugt hat. Dieses ist dann durch die Veranlassung in völlig klarer Weise determinirt. So, um das banalste Beispiel zu nehmen, wenn ein schmerzlicher Affect, der während des Essens entsteht, aber unterdrückt wird, dann Uebelkeit und Erbrechen erzeugt und dieses als hysterisches Erbrechen monatelang andauert. Ein Mädchen, das in qualvoller Angst an einem Krankenbette wacht, verfällt in einen Dämmerzustand und hat eine schreckhafte Hallucination, während ihr der rechte Arm, über der Sessellehne hängend, einschläft; es entwickelt sich daraus eine Parese dieses Armes mit Contractur und Anästhesie. Sie will beten und findet keine Worte; endlich gelingt es ihr, ein englisches Kindergebet zu sprechen. Als sich später eine schwere, höchst complicirte Hysterie entwickelt, spricht, schreibt und versteht sie nur englisch, während ihr die Muttersprache durch $1^{1}/_{2}$ Jahre unverständlich ist. — Ein schwerkrankes Kind ist endlich eingeschlafen, die Mutter spannt alle Willenskraft an, um sich ruhig zu verhalten, und es nicht zu wecken; gerade in Folge dieses Vorsatzes macht sie („hysterischer Gegenwille“!) ein schnalzendes Geräusch mit der Zunge. Dieses wiederholt sich später bei einer anderen Gelegenheit, wobei sie sich gleichfalls absolut ruhig verhalten will,

und es entwickelt sich daraus ein Tik, der als Zungenschnalzen durch viele Jahre jede Aufregung begleitet. — Ein hochintelligenter Mann assistirt, während seinem Bruder das ankylosirte Hüftgelenk in der Narkose gestreckt wird. Im Augenblick, wo das Gelenk krachend nachgibt, empfindet er heftigen Schmerz im eigenen Hüftgelenk, der fast 1 Jahr andauert u. dgl. mehr.

In anderen Fällen ist der Zusammenhang nicht so einfach; es besteht nur eine sozusagen symbolische Beziehung zwischen der Veranlassung und dem pathologischen Phänomen, wie der Gesunde sie wohl auch im Traume bildet; wenn etwa zu seelischem Schmerze sich eine Neuralgie gesellt, oder Erbrechen zu dem Affect moralischen Ekels. Wir haben Kranke studirt, welche von einer solchen Symbolisirung den ausgiebigsten Gebrauch zu machen pflegten. — In noch anderen Fällen ist eine derartige Determination zunächst nicht dem Verständniss offen; hieher gehören gerade die typischen hysterischen Symptome, wie Hemianästhesie und Gesichtsfeldeinengung, epileptiforme Convulsionen u. dgl. Die Darlegung unserer Anschauungen über diese Gruppe müssen wir der ausführlicheren Besprechung des Gegenstandes vorbehalten.

Solche Beobachtungen scheinen uns die pathogene Analogie der gewöhnlichen Hysterie mit der traumatischen Neurose nachzuweisen und eine Ausdehnung des Begriffes der „traumatischen Hysterie“ zu rechtfertigen. Bei der traumatischen Neurose ist ja nicht die geringfügige körperliche Verletzung die wirksame Krankheitsursache, sondern der Schreckaffect, das psychische Trauma. In analoger Weise ergeben sich aus unseren Nachforschungen für viele, wenn nicht für die meisten hysterischen Symptome Anlässe, die man als psychische Traumen bezeichnen muss. Als solches kann jedes Erlebniss wirken, welches die peinlichen Affecte des Schreckens, der Angst, der Scham, des psychischen Schmerzes hervorruft, und es hängt begreiflicher Weise von der Empfindlichkeit des betroffenen Menschen (sowie von einer später zu erwähnenden Bedingung) ab, ob das Erlebniss als Trauma zur Geltung kommt. Nicht selten finden sich anstatt des einen grossen Traumas bei der gewöhnlichen Hysterie mehrere Partialtraumen, gruppirte Anlässe, die erst in ihrer Summirung traumatische Wirkung äussern konnten, und die insofern zusammengehören, als sie zum Theil Stücke einer Leidensgeschichte bilden. In noch anderen Fällen sind es an sich scheinbar gleichgiltige Umstände, die durch

ihr Zusammentreffen mit dem eigentlich wirksamen Ereigniss oder mit einem Zeitpunkt besonderer Reizbarkeit eine Dignität als Traumen gewonnen haben, die ihnen sonst nicht zuzumuthen wäre, die sie aber von da an behalten.

Aber der causale Zusammenhang des veranlassenden psychischen Traumas mit dem hysterischen Phänomen ist nicht etwa von der Art, dass das Trauma als Agent provocateur das Symptom auslösen würde, welches dann, selbstständig geworden, weiter bestände. Wir müssen vielmehr behaupten, dass das psychische Trauma, resp. die Erinnerung an dasselbe, nach Art eines Fremdkörpers wirkt, welcher noch lange Zeit nach seinem Eindringen als gegenwärtig wirkendes Agens gelten muss, und wir sehen den Beweis hierfür in einem höchst merkwürdigem Phänomen, welches zugleich unseren Befunden ein bedeutendes praktisches Interesse verschafft.

Wir fanden nämlich, anfangs zu unserer grössten Ueberraschung, dass die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affect wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affect Worte gab. Affectloses Erinnern ist fast immer völlig wirkungslos; der psychische Process, der ursprünglich abgelaufen war, muss so lebhaft als möglich wiederholt, in statum nascendi gebracht und dann „ausgesprochen“ werden. Dabei treten, wenn es sich um Reizerscheinungen handelt, diese: Krämpfe, Neuralgien. Hallucinationen — noch einmal in voller Intensität auf und schwinden dann für immer. Functionsausfälle, Lähmungen und Anästhesien schwinden ebenso, natürlich ohne dass ihre momentane Steigerung deutlich wäre.[1]

[1] Die Möglichkeit einer solchen Therapie haben Delboeuf und Binet klar erkannt, wie die beifolgenden Citate zeigen: Delboeuf, Le magnétisme animal. Paris 1889: „On s'expliquerait dès lors comment le magnétiseur aide à la guérison. Il remet le sujet dans l'état où le mal s'est manifesté et combat par la parole le même mal, mais renaissant.“ — Binet, Les altérations de la personnalité. 1892. p. 243: „. . . peut-être verra-t-on qu'en reportant le malade par un artifice mental, au moment même où le symptôme a apparu pour la première fois, on rend ce malade plus docile à une suggestion curative.“ — In dem interessanten Buche von P. Janet: L'automatisme psychologique, Paris 1889, findet sich die Beschreibung einer Heilung, welche bei einem hysterischen Mädchen durch Anwendung eines, dem unserigen analogen Verfahrens erzielt wurde.

Der Verdacht liegt nahe, es handle sich dabei um eine unbeabsichtigte Suggestion; der Kranke erwarte, durch die Procedur von seinem Leiden befreit zu werden, und diese Erwartung, nicht das Aussprechen selbst, sei der wirkende Factor. Allein, dem ist nicht so: die erste Beobachtung dieser Art, bei welcher ein höchst verwickelter Fall von Hysterie auf solche Weise analysirt und die gesondert verursachten Symptome auch gesondert behoben wurden, stammt aus dem Jahre 1881, also aus „vorsuggestiver" Zeit, wurde durch spontane Autohypnosen der Kranken ermöglicht und bereitete dem Beobachter die grösste Ueberraschung.

In Umkehrung des Satzes: cessante causa cessat effectus, dürfen wir wohl aus diesen Beobachtungen schliessen: der veranlassende Vorgang wirke in irgend einer Weise noch nach Jahren fort, nicht indirect durch Vermittelung einer Kette von causalen Zwischengliedern, sondern unmittelbar als auslösende Ursache, wie etwa ein im wachen Bewusstsein erinnerter psychischer Schmerz noch in später Zeit die Thränensecretion hervorruft: der Hysterische leide grösstentheils an Reminiscenzen.[1]

II.

Es erscheint zunächst wunderlich, dass längst vergangene Erlebnisse so intensiv wirken sollen; dass die Erinnerungen an sie nicht der Usur unterliegen sollen, der wir doch alle unsere Erinnerungen verfallen sehen. Vielleicht gewinnen wir durch folgende Erwägungen einiges Verständniss für diese Thatsachen.

Das Verblassen oder Affectloswerden einer Erinnerung hängt von mehreren Factoren ab. Vor allem ist dafür von Wichtigkeit, ob auf das afficirende Ereigniss energisch reagirt wurde oder nicht. Wir verstehen hier unter Reaction die ganze Reihe willkürlicher und unwillkürlicher Reflexe, in denen sich erfahrungsgemäss die Affecte entladen: vom Weinen bis zum Racheact. Erfolgt diese Reaction in genügendem Ausmaass, so schwindet dadurch ein grosser Theil des Affectes; unsere Sprache bezeugt diese Thatsache der täglichen

---

[1] Wir können im Texte dieser vorläufigen Mittheilung nicht sondern, was am Inhalte derselben neu ist, und was sich bei anderen Autoren wie Moebius und Strümpell findet, die ähnliche Anschauungen für die Hysterie vertreten haben. Die grösste Annäherung an unsere theoretischen und therapeutischen Ausführungen fanden wir in einigen gelegentlich publicirten Bemerkungen Benedikt's, mit denen wir uns an anderer Stelle beschäftigen werden.

Beobachtung durch die Ausdrücke „sich austoben, ausweinen" u. dgl. Wird die Reaction unterdrückt, so bleibt der Affect mit der Erinnerung verbunden. Eine Beleidigung, die vergolten ist, wenn auch nur durch Worte, wird anders errinnert als eine, die hingenommen werden musste. Die Sprache anerkennt auch diesen Unterschied in den psychischen und körperlichen Folgen und bezeichnet höchst charakteristischerweise eben das schweigend erduldete Leiden als „Kränkung". — Die Reaction des Geschädigten auf das Trauma hat eigentlich nur dann eine völlig „kathartische" Wirkung, wenn sie eine adäquate Reaction ist, wie die Rache. Aber in der Sprache findet der Mensch ein Surrogat für die That, mit dessen Hilfe der Affect nahezu ebenso „abreagirt" werden kann. In anderen Fällen ist das Reden eben selbst der adäquate Reflex, als Klage und als Aussprache für die Pein eines Geheimnisses (Beichte!). Wenn solche Reaction durch That, Worte, in leichtesten Fällen durch Weinen nicht erfolgt, so behält die Erinnerung an den Vorfall zunächst die affective Betonung.

Das „Abreagiren" ist indess nicht die einzige Art der Erledigung, welche dem normalen psychischen Mechanismus des Gesunden zur Verfügung steht, wenn er ein psychisches Trauma erfahren hat. Die Erinnerung daran tritt, auch wenn sie nicht abreagirt wurde, in den grossen Complex der Association ein, sie rangirt dann neben anderen, vielleicht ihr widersprechenden Erlebnissen, erleidet eine Correctur durch andere Vorstellungen. Nach einem Unfall z. B. gesellt sich zu der Erinnerung an die Gefahr und zu der (abgeschwächten) Wiederholung des Schreckens die Erinnerung des weiteren Verlaufes, der Rettung, das Bewusstsein der jetzigen Sicherheit. Die Erinnerung an eine Kränkung wird corrigirt durch Richtigstellung der Thatsachen, durch Erwägungen der eigenen Würde u. dgl., und so gelingt es dem normalen Menschen, durch Leistungen der Association den begleitenden Affect zum Verschwinden zu bringen.

Dazu tritt dann jenes allgemeine Verwischen der Eindrücke, jenes Abblassen der Erinnerungen, welches wir „vergessen" nennen und das vor allem die affectiv nicht mehr wirksamen Vorstellungen usurirt.

Aus unseren Beobachtungen geht nun hervor, dass jene Erinnerungen, welche zu Veranlassungen hysterischer Phänomene geworden sind, sich in wunderbarer Frische und mit ihrer vollen Affectbetonung durch lange Zeit erhalten haben. Wir müssen aber als eine weitere auffällige und späterhin verwerthbare Thatsache erwähnen, dass die Kranken nicht etwa über diese Erinnerungen wie über andere ihres

Lebens verfügen. Im Gegentheile, diese Erlebnisse fehlen dem Gedächtniss der Kranken in ihrem gewöhnlichen psychischen Zustande völlig oder sind nur höchst summarisch darin vorhanden. Erst wenn man die Kranken in der Hypnose befragt, stellen sich diese Erinnerungen mit der unverminderten Lebhaftigkeit frischer Geschehnisse ein.

So reproducirte eine unserer Kranken in der Hypnose ein halbes Jahr hindurch mit hallucinatorischer Lebhaftigkeit alles, was sie an denselben Tagen des vorhergegangenen Jahres (während einer acuten Hysterie) erregt hatte; ein ihr unbekanntes Tagebuch der Mutter bezeugte die tadellose Richtigkeit der Reproduction. Eine andere Kranke durchlebte theils in der Hypnose, theils in spontanen Anfällen mit hallucinatorischer Deutlichkeit alle Ereignisse einer vor 10 Jahren durchgemachten hysterischen Psychose, für welche sie bis zum Momente des Wiederauftauchens grösstentheils amnestisch gewesen war. Auch einzelne ätiologisch wichtige Erinnerungen von 15—25 jährigem Bestande erwiesen sich bei ihr von erstaunlicher Intactheit und sinnlicher Stärke und wirkten bei ihrer Wiederkehr mit der vollen Affectkraft neuer Erlebnisse.

Den Grund hierfür können wir nur darin suchen, dass diese Erinnerungen in allen oben erörterten Beziehungen zur Usur eine Ausnahmsstellung einnehmen. Es zeigt sich nämlich, dass diese Erinnerungen Traumen entsprechen, welche nicht genügend „abreagirt“ worden sind, und bei näherem Eingehen auf die Gründe, welche dieses verhindert haben, können wir mindestens zwei Reihen von Bedingungen auffinden, unter denen die Reaction auf das Trauma unterblieben ist.

Zur ersten Gruppe rechnen wir jene Fälle, in denen die Kranken auf psychische Traumen nicht reagirt haben, weil die Natur des Traumas eine Reaction ausschloss, wie beim unersetzlich erscheinenden Verlust einer geliebten Person, oder weil die socialen Verhältnisse eine Reaction unmöglich machten, oder weil es sich um Dinge handelte, die der Kranke vergessen wollte, die er darum absichtlich aus seinem bewussten Denken verdrängte, hemmte und unterdrückte. Gerade solche peinliche Dinge findet man dann in der Hypnose als Grundlage hysterischer Phänomene (hysterische Delirien der Heiligen und Nonnen, der enthaltsamen Frauen, der wohlerzogenen Kinder).

Die zweite Reihe von Bedingungen wird nicht durch den Inhalt der Erinnerungen, sondern durch die psychischen Zustände bestimmt,

mit welchen die entsprechenden Erlebnisse beim Kranken zusammengetroffen haben. Als Veranlassung hysterischer Symptome findet man nämlich in der Hypnose auch Vorstellungen, welche, an sich nicht bedeutungsvoll, ihre Erhaltung dem Umstande danken, dass sie in schweren lähmenden Affecten, wie z. B. Schreck, entstanden sind, oder direct in abnormen psychischen Zuständen wie im halbhypnotischen Dämmerzustand des Wachträumens, in Autohypnosen u. dgl. Hier ist es die Natur dieser Zustände, welche eine Reaction auf das Geschehniss unmöglich machte.

Beiderlei Bedingungen können natürlich auch zusammentreffen und treffen in der That oftmals zusammen. Dies ist der Fall, wenn ein an sich wirksames Trauma in einen Zustand von schwerem lähmendem Affect oder von verändertem Bewusstsein fällt; es scheint aber auch so zuzugehen, dass durch das psychische Trauma bei vielen Personen einer jener abnormen Zustände hervorgerufen wird, welcher dann seinerseits die Reaction unmöglich macht.

Beiden Gruppen von Bedingungen ist aber gemeinsam, dass die nicht durch Reaction erledigten psychischen Traumen auch der Erledigung durch associative Verarbeitung entbehren müssen. In der ersten Gruppe ist es der Vorsatz der Kranken, welcher an die peinlichen Erlebnisse vergessen will und dieselben somit möglichst von der Association ausschliesst, in der zweiten Gruppe gelingt diese associative Verarbeitung darum nicht, weil zwischen dem normalen Bewusstseinszustand und den pathologischen, in denen diese Vorstellungen entstanden sind, eine ausgiebige associative Verknüpfung nicht besteht. Wir werden sofort Anlass haben, auf diese Verhältnisse weiter einzugehen.

Man darf also sagen, dass die pathogen gewordenen Vorstellungen sich darum so frisch und affectkräftig erhalten, weil ihnen die normale Usur durch Abreagiren und durch Reproduction in Zuständen ungehemmter Association versagt ist.

III.

Als wir die Bedingungen mittheilten, welche nach unseren Erfahrungen dafür maassgebend sind, dass sich aus psychischen Traumen hysterische Phänomene entwickeln, mussten wir bereits von abnormen Zuständen des Bewusstseins sprechen, in denen solche pathogene Vorstellungen entstehen, und mussten die Thatsache her-

vorheben, dass die Erinnerung an das wirksame psychische Trauma nicht im normalen Gedächtniss des Kranken, sondern im Gedächtniss des Hypnotisirten zu finden ist. Je mehr wir uns nun mit diesen Phänomenen beschäftigten, desto sicherer wurde unsere Ueberzeugung, jene Spaltung des Bewusstseins, die bei den bekannten classischen Fällen als double conscience so auffällig ist, bestehe in rudimentärer Weise bei jeder Hysterie, die Neigung zu dieser Dissociation und damit zum Auftreten abnormer Bewusstseinszustände, die wir als „hypnoide“ zusammenfassen wollen, sei das Grundphänomen dieser Neurose. Wir treffen in dieser Anschauung mit Binet und den beiden Janet zusammen, über deren höchst merkwürdige Befunde bei Anästhetischen uns übrigens die Erfahrung mangelt.

Wir möchten also dem oft ausgesprochenen Satz: „Die Hypnose ist arteficielle Hysterie“ einen anderen an die Seite stellen: Grundlage und Bedingung der Hysterie ist die Existenz von hypnoiden Zuständen. Diese hypnoiden Zustände stimmen bei aller Verschiedenheit unter einander und mit der Hypnose in dem einen Punkte überein, dass die in ihnen auftauchenden Vorstellungen sehr intensiv, aber von dem Associativverkehr mit dem übrigen Bewusstseinsinhalt abgesperrt sind. Unter einander sind diese hypnoiden Zustände associirbar, und deren Vorstellungsinhalt mag auf diesem Wege verschieden hohe Grade von psychischer Organisation erreichen. Im Uebrigen dürfte ja die Natur dieser Zustände und der Grad ihrer Abschliessung von den übrigen Bewusstseinsvorgängen in ähnlicher Weise variiren, wie wir es bei der Hypnose sehen, die sich von leichter Somnolenz bis zum Somnambulismus, von der vollen Erinnerung bis zur absoluten Amnesie erstreckt.

Bestehen solche hypnoide Zustände schon vor der manifesten Erkrankung, so geben sie den Boden ab, auf welchem der Affect die pathogene Erinnerung mit ihren somatischen Folgeerscheinungen ansiedelt. Dies Verhalten entspricht der disponirten Hysterie. Es ergibt sich aber aus unseren Beobachtungen, dass ein schweres Trauma (wie das der traumatischen Neurose), eine mühevolle Unterdrückung (etwa des Sexualaffectes) auch bei dem sonst freien Menschen eine Abspaltung von Vorstellungsgruppen bewerkstelligen kann, und dies wäre der Mechanismus der psychisch acquirirten Hysterie. Zwischen den Extremen dieser beiden Formen muss man eine Reihe gelten lassen, innerhalb welcher die Leichtigkeit der Dissociation bei dem

betreffenden Individuum und die Affektgrösse des Traumas in entgegengesetztem Sinne variiren.

Wir wissen nichts Neues darüber zu sagen, worin die disponirenden hypnoiden Zustände begründet sind. Sie entwickeln sich oft, sollten wir meinen, aus dem auch bei Gesunden so häufigen „Tagträumen", zu dem z. B. die weiblichen Handarbeiten so viel Anlass bieten. Die Frage, wesshalb die „pathologischen Associationen", die sich in solchen Zuständen bilden, so feste sind und die somatischen Vorgänge so viel stärker beeinflussen, als wir es sonst von Vorstellungen gewohnt sind, fällt zusammen mit dem Problem der Wirksamkeit hypnotischer Suggestionen überhaupt. Unsere Erfahrungen bringen hierüber nichts Neues, sie beleuchten dagegen den Widerspruch zwischen dem Satz: „Hysterie ist eine Psychose", und der Thatsache, dass man unter den Hysterischen die geistig klarsten, willensstärksten, charaktervollsten und kritischsten Menschen finden kann. In diesen Fällen ist solche Charakteristik richtig für das wache Denken des Menschen, in seinen hypnoiden Zuständen ist er alienirt, wie wir es alle im Traum sind. Aber während unsere Traumpsychosen unseren Wachzustand nicht beeinflussen, ragen die Producte der hypnoiden Zustände als hysterische Phänomene in's wache Leben hinein.

IV.

Fast die nämlichen Behauptungen, die wir für die hysterischen Dauersymptome aufgestellt haben, können wir auch für die hysterischen Anfälle wiederholen. Wir besitzen, wie bekannt, eine von Charcot gegebene schematische Beschreibung des „grossen" hysterischen Anfalles, welcher zufolge ein vollständiger Anfall vier Phasen erkennen lässt, 1. die epileptoide, 2. die der grossen Bewegungen, 3. die der attitudes passionnelles (die hallucinatorische Phase), 4. die des abschliessenden Deliriums. Aus der Verkürzung und Verlängerung, dem Ausfall und der Isolirung der einzelnen Phasen lässt Charcot alle jene Formen des hysterischen Anfalles hervorgehen, die man thatsächlich häufiger als die vollständige grande attaque beobachtet.

Unser Erklärungsversuch knüpft an die dritte Phase, die der attitudes passionelles an. Wo dieselbe ausgeprägt ist, liegt in ihr die hallucinatorische Reproduction einer Erinnerung bloss, welche für den Ausbruch der Hysterie bedeutsam war, die Erinnerung an das eine grosse Trauma der κατ'ἐξοχήν sogenannten traumatischen Hysterie oder an eine Reihe von zusammengehörigen Partialtraumen, wie sie

der gemeinen Hysterie zu Grunde liegen. Oder endlich der Anfall bringt jene Geschehnisse wieder, welche durch ihr Zusammentreffen mit einem Moment besonderer Disposition zu Traumen erhoben worden sind.

Es gibt aber auch Anfälle, die anscheinend nur aus motorischen Phänomenen bestehen, denen eine phase passionelle fehlt. Gelingt es bei einem solchen Anfall von allgemeinen Zuckungen, kataleptischer Starre oder bei einer attaque de sommeil, sich während desselben in Rapport mit dem Kranken zu setzen, oder noch besser, gelingt es den Anfall in der Hypnose hervorzurufen, so findet man, dass auch hier die Erinnerung an das psychische Trauma oder an eine Reihe von Traumen zu Grunde liegt, die sich sonst in einer hallucinatorischen Phase auffällig macht. Ein kleines Mädchen leidet seit Jahren an Anfällen von allgemeinen Krämpfen, die man für epileptische halten könnte und auch gehalten hat. Sie wird zum Zwecke der Differentialdiagnose hypnotisirt und verfällt sofort in ihren Anfall. Befragt: Was siehst Du denn jetzt, antwortet sie aber: Der Hund, der Hund kommt, und wirklich ergibt sich, dass der erste Anfall dieser Art nach einer Verfolgung durch einen wilden Hund aufgetreten war. Der Erfolg der Therapie vervollständigt dann die diagnostische Entscheidung.

Ein Angestellter, der in Folge einer Misshandlung von Seiten seines Chefs hysterisch geworden ist, leidet an Anfällen, in denen er zusammenstürzt, tobt und wüthet, ohne ein Wort zu sprechen oder eine Hallucination zu verrathen. Der Anfall lässt sich in der Hypnose provociren und der Kranke gibt nun an, dass er die Scene wiederdurchlebt, wie der Herr ihn auf der Strasse beschimpft und mit einem Stock schlägt. Wenige Tage später kommt er mit der Klage wieder, er habe denselben Anfall von Neuem gehabt, und diesmal ergibt sich in der Hypnose, dass er die Scene durchlebt hat, an die sich eigentlich der Ausbruch der Krankheit knüpfte; die Scene im Gerichtssaal, als es ihm nicht gelang, Satisfaction für die Misshandlung zu erreichen u. s. w.

Die Erinnerungen, welche in den hysterischen Anfällen hervortreten oder in ihnen geweckt werden können, entsprechen auch in allen anderen Stücken den Anlässen, welche sich uns als Gründe hysterischer Dauersymptome ergeben haben. Wie diese betreffen sie psychische Traumen, die sich der Erledigung durch Abreagiren oder durch associative Denkarbeit entzogen haben; wie diese fehlen sie gänzlich oder mit ihren wesentlichen Bestandtheilen dem Erinnerungs-

vermögen des normalen Bewusstseins und zeigen sich als zugehörig zu dem Vorstellungsinhalt hypnoider Bewusstseinszustände mit eingeschränkter Association. Endlich gestatten sie auch die therapeutische Probe. Unsere Beobachtungen haben uns oftmals gelehrt, dass eine solche Erinnerung, die bis dahin Anfälle provocirt hatte, dazu unfähig wird, wenn man sie in der Hypnose zur Reaction und associativen Correctur bringt.

Die motorischen Phänomene des hysterischen Anfalles lassen sich zum Theil als allgemeine Reactionsformen des die Erinnerung begleitenden Affectes (wie das Zappeln mit allen Gliedern, dessen sich bereits der Säugling bedient, zum Theil als directe Ausdrucksbewegungen dieser Erinnerung deuten) zum anderen Theil entziehen sie sich ebenso wie die hysterischen Stigmata bei den Dauersymptomen dieser Erklärung.

Eine besondere Würdigung des hysterischen Anfalles ergibt sich noch, wenn man auf die vorhin angedeutete Theorie Rücksicht nimmt, dass bei der Hysterie in hypnoiden Zuständen entstandene Vorstellungsgruppen vorhanden sind, die vom associativen Verkehr mit den übrigen ausgeschlossen, aber unter einander associirbar, ein mehr oder minder hoch organisirtes Rudiment eines zweiten Bewusstseins, einer condition seconde darstellen. Dann entspricht ein hysterisches Dauersymptom einem Hineinragen dieses zweiten Zustandes in die sonst vom normalen Bewusstsein beherrschte Körperinnervation, ein hysterischer Anfall zeugt aber von einer höheren Organisation dieses zweiten Zustandes und bedeutet, wenn er frisch entstanden ist, einen Moment, in dem sich dieses Hypnoidbewusstsein der gesammten Existenz bemächtigt hat, also einer acuten Hysterie; wenn es aber ein wiederkehrender Anfall ist, der eine Erinnerung enthält, einer Wiederkehr eines solchen. Charcot hat bereits den Gedanken ausgesprochen, dass der hysterische Anfall das Rudiment einer condition seconde sein dürfte. Während des Anfalles ist die Herrschaft über die gesammte Körperinnervation auf das hypnoide Bewusstsein übergegangen. Das normale Bewusstsein ist, wie bekannte Erfahrungen zeigen, dabei nicht immer völlig verdrängt, es kann selbst die motorischen Phänomene des Anfalles wahrnehmen, während die psychischen Vorgänge desselben seiner Kenntnissnahme entgehen.

Der typische Verlauf einer schweren Hysterie ist bekanntlich der, dass zunächst in hypnoiden Zuständen ein Vorstellungsinhalt gebildet wird, der dann, genügend angewachsen, sich während

einer Zeit von „acuter Hysterie“ der Körperinnervation und der Existenz des Kranken bemächtigt, Dauersymptome und Anfälle schafft und dann bis auf Reste abheilt. Kann die normale Person die Herrschaft wieder übernehmen, so kehrt das, was von jenem hypnoiden Vorstellungsinhalt überlebt hat, in hysterischen Anfällen wieder und bringt die Person zeitweise wieder in ähnliche Zustände, die selbst wieder beeinflussbar und für Traumen aufnahmsfähig sind. Es stellt sich dann häufig eine Art von Gleichgewicht zwischen den psychischen Gruppen her, die in derselben Person vereinigt sind; Anfall und normales Leben gehen neben einander her, ohne einander zu beeinflussen. Der Anfall kommt dann spontan, wie auch bei uns die Erinnerungen zu kommen pflegen, er kann aber auch provocirt werden, wie jede Erinnerung nach den Gesetzen der Association zu erwecken ist. Die Provocation des Anfalles erfolgt entweder durch die Reizung einer hysterogenen Zone oder durch ein neues Erlebniss, welches durch Aehnlichkeit an das pathogene Erlebniss anklingt. Wir hoffen, zeigen zu können, das zwischen beiden anscheinend so verschiedenen Bedingungen ein wesentlicher Unterschied nicht besteht, dass in beiden Fällen an eine hyperästhetische Erinnerung gerührt wird. In anderen Fällen ist dieses Gleichgewicht ein sehr labiles, der Anfall erscheint als Aeusserung des hypnoiden Bewusstseinsrestes, so oft die normale Person erschöpft und leistungsunfähig wird. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass in solchen Fällen auch der Anfall, seiner ursprünglichen Bedeutung entkleidet, als inhaltslose motorische Reaction wiederkehren mag.

Es bleibt eine Aufgabe weiterer Untersuchung, welche Bedingungen dafür maassgebend sind, ob eine hysterische Individualität sich in Anfällen, in Dauersymptonen oder in einem Gemenge von beiden äussert.

V.

Es ist nun verständlich, wieso die hier von uns dargelegte Methode der Psychotherapie heilend wirkt. Sie hebt die Wirksamkeit der ursprünglich nicht abreagirten Vorstellung dadurch auf, dass sie dem eingeklemmten Affecte derselben den Ablauf durch die Rede gestattet, und bringt sie zur associativen Correctur, indem sie dieselbe in's normale Bewusstsein zieht (in leichterer Hypnose) oder durch ärztliche Suggestion aufhebt, wie es im Somnambulismus mit Amnesie geschieht.

Wir halten den therapeutischen Gewinn bei Anwendung dieses Verfahrens für einen bedeutenden. Natürlich heilen wir nicht die Hysterie, soweit sie Disposition ist, wir leisten ja nichts gegen die Wiederkehr hypnoider Zustände. Auch während des productiven Stadiums einer acuten Hysterie kann unser Verfahren nicht verhüten, dass die mühsam beseitigten Phänomene alsbald durch neue ersetzt werden. Ist aber dieses acute Stadium abgelaufen, und erübrigen noch die Reste desselben als hysterische Dauersymptome und Anfälle, so beseitigt unsere Methode dieselben häufig und für immer, weil radical, und scheint uns hierin die Wirksamkeit der directen suggestiven Aufhebung, wie sie jetzt von den Psychotherapeuten geübt wird, weit zu übertreffen.

Wenn wir in der Aufdeckung des psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene einen Schritt weiter auf der Bahn gemacht haben, die zuerst Charcot so erfolgreich mit der Erklärung und experimentellen Nachahmung hysterotraumatischer Lähmungen betreten hat, so verhehlen wir uns doch nicht, dass damit eben nur der Mechanismuss hysterischer Symptome und nicht die inneren Ursachen der Hysterie unserer Kenntniss näher gerückt worden sind. Wir haben die Aetiologie der Hysterie nur gestreift und eigentlich nur die Ursachen der acquirirten Formen, die Bedeutung des accidentellen Momentes für die Neurose beleuchten können.

Wien, December 1892.

II. Krankengeschichten.

Beobachtung I. Frl. Anna O . . . (Breuer).

Frl. Anna O . . ., zur Zeit der Erkrankung (1880) 21 Jahre alt, erscheint als neuropathisch mässig stark belastet durch einige in der grossen Familie vorgekommenen Psychosen; die Eltern sind nervös gesund. Sie selbst früher stets gesund, ohne irgend ein Nervosum während der Entwicklungsperiode; von bedeutender Intelligenz, erstaunlich scharfsinniger Combination und scharfsichtiger Intuition; ein kräftiger Intellect, der auch solide geistige Nahrung verdaut hätte und sie brauchte, nach Verlassen der Schule aber nicht erhielt. Reiche poetische und phantastische Begabung, controlirt durch sehr scharfen und kritischen Verstand. Dieser letztere machte sie auch völlig unsuggestibel; nur Argumente, nie Behauptungen hatten Einfluss auf sie. Ihr Wille war energisch, zäh und ausdauernd; manchmal zum Eigensinn gesteigert, der sein Ziel nur aus Güte, um Anderer willen, aufgab.

Zu den wesentlichsten Zügen des Charakters gehörte mitleidige Güte; die Pflege und Besorgung einiger Armen und Kranken leistete ihr selbst in ihrer Krankheit ausgezeichnete Dienste, da sie dadurch einen starken Trieb befriedigen konnte. — Ihre Stimmungen hatten immer eine leichte Tendenz zum Uebermaass, der Lustigkeit und der Trauer; daher auch einige Launenhaftigkeit. Das sexuale Element war erstaunlich unentwickelt; die Kranke, deren Leben mir durchsichtig wurde, wie selten das eines Menschen einem andern, hatte nie eine Liebe gehabt und in all den massenhaften Hallucinationen ihrer Krankheit tauchte niemals dieses Element des Seelenlebens empor.

Dieses Mädchen von überfliessender geistiger Vitalität führte in der puritanisch gesinnten Familie ein höchst monotones Leben, dass sie sich in einer für ihre Krankheit wahrscheinlich maassgebenden Weise verschönerte. Sie pflegte systematisch das Wachträumen, das sie ihr „Privattheater“ nannte. Während alle sie anwesend glaubten, lebte sie im Geiste Märchen durch, war aber angerufen immer

präsent, so dass niemand davon wusste. Neben den Beschäftigungen der Häuslichkeit, die sie tadellos versorgte, gieng diese geistige Thätigkeit fast fortlaufend einher. Ich werde dann zu berichten haben, wie unmittelbar diese gewohnheitsmässige Träumerei der Gesunden in Krankheit übergieng.

Der Krankheitsverlauf zerfällt in mehrere gut getrennte Phasen; es sind:

A) die latente Incubation. Mitte Juli 1880 bis etwa 10. December. In diese Phase, die sich in den meisten Fällen unserer Kenntnis entzieht, gewährte die Eigenart dieses Falles so vollständigen Einblick, dass ich schon deshalb sein pathologisches Interesse nicht gering anschlage. Ich werde diesen Theil der Geschichte später darlegen.

B) die manifeste Erkrankung; eine eigenthümliche Psychose, Paraphasie, Strabismus convergens, schwere Sehstörungen, Contracturlähmungen, vollständig in der rechten obern, beiden untern Extremitäten, unvollständig in der linken obern Extremität, Parese der Nackenmusculatur. Allmähliche Reduction der Contractur auf die rechtseitigen Extremitäten. Einige Besserung, unterbrochen durch ein schweres psychisches Trauma (Tod des Vaters) im April, auf welche

C) eine Periode andauernden Somnambulismus folgt, der dann mit normaleren Zuständen alternirt; Fortbestand einer Reihe von Dauersymptomen bis December 1880.

D) Allmähliche Abwicklung der Zustände und Phänomene bis Juni 1882.

Im Juli 1880 erkrankte der Vater der Patientin, den sie leidenschaftlich liebte, an einem peripleuritischen Abscess, der nicht ausheilte und dem er im April 1881 erlag. Während der ersten Monate dieser Erkrankung widmete sich Anna der Krankenpflege mit der ganzen Energie ihres Wesens, und es nahm niemand sehr Wunder, dass sie dabei allmählich stark herabkam. Niemand, vielleicht auch die Kranke selbst nicht, wusste, was in ihr vorgieng; allmählich aber wurde ihr Zustand von Schwäche, Anämie, Ekel vor Nahrung so schlimm, dass sie zu ihrem grössten Schmerze von der Pflege des Kranken entfernt wurde. Den unmittelbaren Anlass bot ein höchst intensiver Husten, wegen dessen ich sie zum erstenmale untersuchte. Es war eine typische Tussis nervosa. Bald wurde ein auffallendes

Ruhebedürfniss in den Nachmittagsstunden deutlich, an welches sich abends ein schlafähnlicher Zustand und dann starke Aufregung anschloss.

Anfangs December entstand Strabismus convergens. Ein Augenarzt erklärte diesen (irrigerweise) durch Parese des einen Abducens. Am 11. December wurde Patientin bettlägerig und blieb es bis 1. April.

In rascher Folge entwickelte sich, anscheinend ganz frisch, eine Reihe schwerer Störungen.

Linksseitiger Hinterkopf-Schmerz; Strabismus convergens (Diplopie) durch Aufregung bedeutend gesteigert; Klage über Herüberstürzen der Wand (Obliquus-Affection). Schwer analysirbare Sehstörungen; Parese der vordern Halsmuskeln, so dass der Kopf schliesslich nur dadurch bewegt wurde, dass Patientin ihn nach rückwärts zwischen die gehobenen Schultern presste und sich mit dem ganzen Rücken bewegte. Contractur und Anästhesie der rechten obern, nach einiger Zeit der rechten untern Extremität; auch diese völlig gestreckt, adducirt und nach innen rotirt; später tritt dieselbe Affection an der linken untern Extremität und zuletzt am linken Arm auf, an welchem aber die Finger einigermaassen beweglich blieben. Auch die Schultergelenke beiderseits waren nicht völlig rigide. Das Maximum der Contractur betrifft die Muskeln des Oberarms, wie auch später, als die Anästhesie genauer geprüft werden konnte, die Gegend des Ellbogens sich als am stärksten unempfindlich erwies. Im Beginne der Krankheit blieb die Anästhesieprüfung ungenügend, wegen des aus Angstgefühlen entspringenden Widerstandes der Patientin.

In diesem Zustande übernahm ich die Kranke in meine Behandlung und konnte mich alsbald von der schweren psychischen Alteration überzeugen, die da vorlag. Es bestanden zwei ganz getrennte Bewusstseinszustände, die sehr oft und unvermittelt abwechselten und sich im Laufe der Krankheit immer schärfer schieden. In dem einen kannte sie ihre Umgebung, war traurig und ängstlich, aber relativ normal; im andern hallucinirte sie, war „ungezogen", d. h. schimpfte, warf die Kissen nach den Leuten, soweit und wenn die Contractur dergleichen erlaubte, riss mit den beweglichen Fingern die Knöpfe von Decken und Wäsche und dgl. mehr. War während dieser Phase etwas im Zimmer verändert worden, jemand gekommen oder hinausgegangen, so klagte sie dann, ihr fehle Zeit, und bemerkte die Lücke im Ablauf ihrer bewussten Vorstellungen. Da man ihr das, wenn möglich, ableugnete, auf ihre Klage, sie werde verrückt, sie zu

beruhigen suchte, folgten auf jedes Polsterschleudern und dgl. dann noch die Klagen, was man ihr anthue, in welcher Unordnung man sie lasse u. s. f.

Diese Absencen waren schon beobachtet worden, als sie noch ausser Bett war; sie blieb dann mitten im Sprechen stecken, wiederholte die letzten Worte, um nach kurzer Zeit weiter fortzufahren. Nach und nach nahm dies die geschilderten Dimensionen an und während der Acme der Krankheit, als die Contractur auch die linke Seite ergriffen hatte, war sie am Tag nur für ganz kurze Zeiten halbwegs normal. Aber auch in die Momente relativ klaren Bewusstseins griffen die Störungen über; rapidester Stimmungswechsel in Extremen, ganz vorübergehende Heiterkeit, sonst schwere Angstgefühle, hartnäckige Opposition gegen alle therapeutischen Maassnahmen, ängstliche Hallucinationen von schwarzen Schlangen, als welche ihre Haare, Schnüre und dgl. erscheinen. Dabei sprach sie sich immer zu, nicht so dumm zu sein, es seien ja ihre Haare u. s. w. In ganz klaren Momenten beklagte sie die tiefe Finsterniss ihres Kopfes, wie sie nicht denken könne, blind und taub werde, zwei Ichs habe, ihr wirkliches und ein schlechtes, dass sie zu schlimmem zwinge u. s. w.

Nachmittags lag sie in einer Somnolenz, die bis etwa eine Stunde nach Sonnenuntergang dauerte, und dann erwacht, klagte sie, es quäle sie etwas, oder vielmehr sie wiederholte immer den Infinitiv: Quälen, quälen.

Denn zugleich mit der Ausbildung der Contracturen war eine tiefe, functionelle Desorganisation der Sprache eingetreten. Zuerst beobachtete man, dass ihr Worte fehlten, allmählich nahm das zu. Dann verlor ihr Sprechen alle Grammatik, jede Syntax, die ganze Conjugation des Verbums, sie gebrauchte schliesslich nur falsch, meist aus einem schwachen Particip-praeteriti gebildete Infinitive, keinen Artikel. In weiterer Entwicklung fehlten ihr auch die Worte fast ganz, sie suchte dieselben mühsam aus 4 oder 5 Sprachen zusammen und war dabei kaum mehr verständlich. Bei Versuchen zu schreiben schrieb sie (anfangs, bis die Contractur das völlig verhinderte) denselben Jargon. Zwei Wochen lang bestand völliger Mutismus, bei fortwährenden angestrengten Versuchen zu sprechen wurde kein Laut vorgebracht. Hier wurde nun zuerst der psychische Mechanismus der Störung klar. Sie hatte sich, wie ich wusste, über etwas sehr gekränkt und beschlossen, nichts davon zu sagen. Als ich das errieth und sie

zwang, davon zu reden, fiel die Hemmung weg, die vorher auch jede andere Aeusserung unmöglich gemacht hatte.

Dies fiel zeitlich zusammen mit der wiederkehrenden Beweglichkeit der linksseitigen Extremitäten, März 1881; die Paraphasie wich, aber sie sprach jetzt nur englisch, doch anscheinend, ohne es zu wissen; zankte mit der Wärterin, die sie natürlich nicht verstand; erst mehrere Monate später gelang mir, sie davon zu überzeugen, dass sie englisch rede. Doch verstand sie selbst noch ihre deutsch sprechende Umgebung. Nur in Momenten grosser Angst versagte die Sprache vollständig oder sie mischte die verschiedensten Idiome durcheinander. In den allerbesten, freiesten Stunden sprach sie französisch oder italienisch. Zwischen diesen Zeiten und denen, in welchen sie englisch sprach, bestand völlige Amnesie. Nun nahm auch der Strabismus ab und erschien schliesslich nur mehr bei heftiger Aufregung, der Kopf wurde wieder getragen. Am 1. April verliess sie zum erstenmale das Bett.

Da starb am 5. April der von ihr vergötterte Vater, den sie während ihrer Krankheit nur sehr selten für kurze Zeit gesehen hatte. Es war das schwerste psychische Trauma, das sie treffen konnte. Gewaltiger Aufregung folgte ein tiefer Stupor etwa zwei Tage lang, aus dem sie sich in sehr verändertem Zustande erhob. Zunächst war sie viel ruhiger und das Angstgefühl wesentlich vermindert. Die Contractur des rechten Armes und Beines dauerte fort, ebenso die, nicht tiefe, Anästhesie dieser Glieder. Es bestand hochgradige Gesichtsfeldeinengung. Von einem Blumenstrauss, der sie sehr erfreute, sah sie immer nur eine Blume zugleich. Sie klagte, dass sie die Menschen nicht erkenne. Sonst habe sie die Gesichter erkannt, ohne willkürlich dabei arbeiten zu müssen; jetzt müsse sie bei solchem, sehr mühsamem „recognising work“ sich sagen, die Nase sei so, die Haare so, folglich werde das der und der sein. Alle Menschen wurden ihr wie Wachsfiguren, ohne Beziehung auf sie. Sehr peinlich war ihr die Gegenwart einiger nahen Verwandten, und dieser „negative Instinct“ wuchs fortwährend. Trat jemand ins Zimmer, den sie sonst gern gesehen hatte, so erkannte sie ihn, war kurze Zeit präsent, dann versank sie wieder in ihr Brüten, und der Mensch war ihr entschwunden. Nur mich kannte sie immer, wenn ich eintrat, blieb auch immer präsent und munter, solange ich mit ihr sprach, bis auf die immer ganz plötzlich dazwischen fahrenden hallucinatorischen Absencen.

Sie sprach nun nur englisch und verstand nicht, was man ihr deutsch sagte. Ihre Umgebung musste englisch mit ihr sprechen; selbst

die Wärterin lernte sich einigermaassen so verständigen. Sie las aber französisch und italienisch; sollte sie es vorlesen, so las sie mit staunenerregender Geläufigkeit, fliessend, eine vortreffliche englische Uebersetzung des Gelesenen vom Blatte.

Sie begann wieder zu schreiben, aber in eigenthümlicher Weise; sie schrieb mit der, gelenken, linken Hand, aber Antiqua-Druckbuchstaben, die sie sich aus ihrem Shakespeare zum Alphabet zusammen gesucht hatte.

Hatte sie früher schon minimal Nahrung genommen, so verweigerte sie jetzt das Essen vollständig, liess sich aber von mir füttern, so dass ihre Ernährung rasch zunahm. Nur Brod zu essen verweigerte sie immer. Nach der Fütterung aber unterliess sie nie den Mund zu waschen, und that dies auch, wenn sie aus irgend einem Grunde nichts gegessen hatte; ein Zeichen, wie abwesend sie dabei war.

Die Somnolenz am Nachmittag und der tiefe Sopor um Sonnenuntergang dauerten an. Hatte sie sich dann ausgesprochen (ich werde später genauer hierauf eingehen müssen) so war sie klar, ruhig, heiter.

Dieser relativ erträgliche Zustand dauerte nicht lange. Etwa 10 Tage nach ihres Vaters Tod wurde ein Consiliarius beigezogen, den sie wie alle Fremden absolut ignorirte, als ich ihm all ihre Sonderbarkeiten demonstrirte. „That's like an examination“ sagte sie lachend, als ich sie einen französischen Text auf englisch vorlesen liess. Der fremde Arzt sprach drein, versuchte sich ihr bemerklich zu machen; vergebens. Es war die richtige „negative Hallucination“, die seitdem so oft experimentell hergestellt worden ist. Endlich gelang es ihm, diese zu durchbrechen, indem er ihr Rauch ins Gesicht blies. Plötzlich sah sie einen Fremden, stürzte zur Thüre, den Schlüssel abzuziehen, fiel bewusstlos zu Boden; dann folgte ein kurzer Zorn- und dann ein arger Angstanfall, den ich mit grosser Mühe beruhigte. Unglücklicherweise musste ich denselben Abend abreisen, und als ich nach mehreren Tagen zurückkam, fand ich die Kranke sehr verschlimmert. Sie hatte die ganze Zeit vollständig abstinirt, war voll Angstgefühlen, ihre hallucinatorischen Absencen erfüllt von Schreckgestalten, Todtenköpfen und Gerippen. Da sie, diese Dinge durchlebend, sie theilweise sprechend tragirte, kannte die Umgebung meist den Inhalt dieser Hallucinationen. Nachmittags Somnolenz, um Sonnenuntergang die tiefe Hypnose, für die sie den technischen Namen „clouds“ (Wolken) gefunden hatte. Konnte sie dann die Hallucinationen des

Tages erzählen, so erwachte sie klar, ruhig, heiter, setzte sich zur Arbeit, zeichnete oder schrieb die Nacht durch, völlig vernünftig; ging gegen 4 Uhr zu Bett, und am Morgen begann dieselbe Scene wieder, wie Tags zuvor. Der Gegensatz zwischen der unzurechnungsfähigen, von Hallucinationen gehetzten Kranken am Tag und dem geistig völlig klaren Mädchen bei Nacht war höchst merkwürdig.

Trotz dieser nächtlichen Euphorie verschlechterte sich der psychische Zustand doch immer mehr; es traten intensive Selbstmordimpulse auf, die den Aufenthalt in einem 3. Stockwerk unthunlich erscheinen liessen. Die Kranke wurde darum gegen ihren Willen in ein Landhaus in der Nähe von Wien gebracht (7. Juni 1881). Diese Entfernung vom Hause, die sie perhorrescirte, hatte ich nie angedroht, sie selbst aber im stillen erwartet und gefürchtet. Es wurde nun auch bei diesem Anlass wieder klar, wie dominirend der Angstaffect die psychische Störung beherrschte. Wie nach des Vaters Tod ein Ruhezustand eingetreten war, so beruhigte sie sich auch jetzt, als das Gefürchtete geschehen war. Allerdings nicht, ohne dass die Transferirung unmittelbar von drei Tagen und Nächten gefolgt gewesen wäre, absolut ohne Schlaf und Nahrung, voll von (im Garten allerdings ungefährlichen) Selbstmordversuchen, Fensterzerschlagen und dgl., Hallucinationen ohne Absence, die sie von den andern ganz wohl unterschied. Dann beruhigte sie sich, nahm Nahrung von der Wärterin und sogar Abends Chloral.

Bevor ich den weiteren Verlauf schildere, muss ich noch einmal zurückgreifen und eine Eigenthümlichkeit des Falles darstellen, die ich bisher nur flüchtig gestreift habe.

Es wurde schon bemerkt, dass im ganzen bisherigen Verlaufe täglich Nachmittags eine Somnolenz die Kranke befiel, die um Sonnenuntergang in tieferen Schlaf überging (clouds). (Es ist wohl plausibel, diese Periodicität einfach aus den Umständen der Krankenpflege abzuleiten, die ihr durch Monate obgelegen hatte. Nachts wachte sie beim Kranken oder lag lauschend und angsterfüllt bis Morgens wach in ihrem Bette; Nachmittag legte sie sich für einige Zeit zur Ruhe, wie es ja meistens von der Pflegerin geschieht, und dieser Typus der Nachtwache und des Nachmittagschlafes wurde wohl dann in ihre eigene Krankheit hinüber verschleppt und bestand fort, als an Stelle des Schlafes schon lange ein hypnotischer Zustand getreten war). Hatte der Sopor etwa eine Stunde gedauert, so wurde sie unruhig, wälzte sich hin und her und rief immer wieder: „Quälen, quälen“

immer mit geschlossenen Augen. Andrerseits war bemerkt worden, dass sie in ihren Absencen während des Tages offenbar immer irgend eine Situation oder Geschichte ausbilde, über deren Beschaffenheit einzelne gemurmelte Worte Aufschluss gaben. Nun geschah es, zuerst zufällig, dann absichtlich, dass jemand von der Umgebung ein solches Stichwort fallen liess, während Patientin über das „Quälen“ klagte; alsbald fiel sie ein und begann eine Situation auszumalen oder eine Geschichte zu erzählen, anfangs stockend in ihrem paraphasischen Jargon, je weiter, desto fliessender, bis sie zuletzt ganz correctes Deutsch sprach. (In der ersten Zeit, bevor sie völlig ins Englischsprechen gerathen war.) Die Geschichten, immer traurig, waren theilweise sehr hübsch, in der Art von Andersens „Bilderbuch ohne Bilder“ und wahrscheinlich auch nach diesem Muster gebildet; meist war Ausgangs- oder Mittelpunkt die Situation eines bei einem Kranken in Angst sitzenden Mädchens; doch kamen auch ganz andere Motive zur Verarbeitung. — Einige Momente nach Vollendung der Erzählung erwachte sie, war offenbar beruhigt oder, wie sie es nannte, „gehäglich“ (behaglich). Nachts wurde sie dann wieder unruhiger und am Morgen, nach zweistündigem Schlafe war sie offenbar wieder in einem anderen Vorstellungskreis. — Konnte sie mir in der Abendhypnose einmal die Geschichte nicht erzählen, so fehlte die abendliche Beruhigung, und am anderen Tag mussten zwei erzählt werden, um diese zu bewirken.

Das Wesentliche der beschriebenen Erscheinung, die Häufung und Verdichtung ihrer Absencen zur abendlichen Autohypnose, die Wirksamkeit der phantastischen Producte als psychischer Reiz und die Erleichterung und Behebung des Reizzustandes durch die Aussprache in der Hypnose, blieben durch die ganzen anderthalb Jahre der Beobachtung constant.

Nach dem Tode des Vaters wurden die Geschichten natürlich noch tragischer, aber erst mit der Verschlimmerung ihres psychischen Zustandes, welche der erzählten gewaltsamen Durchbrechung ihres Somnambulismus folgte, verloren die abendlichen Referate den Charakter mehr minder freier poetischer Schöpfung und wandelten sich in Reihen furchtbarer, schreckhafter Hallucinationen, die man Tags über, schon aus dem Benehmen der Kranken hatte erschliessen können. Ich habe aber schon geschildert, wie vollständig die Befreiung ihrer Psyche war, nachdem sie, von Angst und Grauen geschüttelt, all diese Schreckbilder reproducirt und ausgesprochen hatte.

Auf dem Lande, wo ich die Kranke nicht täglich besuchen konnte, entwickelte sich die Sache in folgender Weise. Ich kam Abends, wenn ich sie in ihrer Hypnose wusste, und nahm ihr den ganzen Vorrath von Phantasmen ab, den sie seit meinem letzten Besuch angehäuft hatte. Das musste ganz vollständig geschehen, wenn der gute Erfolg erreicht werden sollte. Dann war sie ganz beruhigt, den nächsten Tag liebenswürdig, fügsam, fleissig, selbst heiter; den zweiten immer mehr launisch, störrig, unangenehm, was am dritten noch weiter zunahm. In dieser Stimmung, auch in der Hypnose, war sie nicht immer leicht zum Aussprechen zu bewegen, für welche Procedur sie den guten, ernsthaften Namen „talking cure" (Redecur) und den humoristischen „chimney-sweeping" (Kaminfegen) erfunden hatte. Sie wusste, dass sie nach der Aussprache all ihre Störrigkeit und „Energie" verloren haben werde, und wenn sie nun schon (nach längerer Pause) in böser Laune war, so weigerte sie das Reden, das ich ihr mit Drängen und Bitten und einigen Kunstgriffen, wie dem Vorsprechen einer stereotypen Eingangsformel ihrer Geschichten, abzwingen musste. Immer aber sprach sie erst, nachdem sie sich durch sorgfältige Betastung meiner Hände von meiner Identität überzeugt hatte. In den Nächten, wo die Beruhigung durch Aussprache nicht erfolgte, musste man sich mit Chloral helfen. Ich hatte es früher einigemal versucht, musste aber 5 Gramm geben, und dem Schlafe ging ein stundenlanger Rausch vorher, der in meiner Gegenwart heiter war, in meiner Abwesenheit aber als höchst unangenehmer ängstlicher Aufregungszustand auftrat. (Beiläufig bemerkt, änderte dieser schwere Rausch nichts an der Contractur). Ich hatte die Narcotica vermeiden können, weil die Aussprache mindestens Beruhigung, wenn auch nicht Schlaf brachte. Auf dem Lande waren die Nächte zwischen den hypnotischen Erleichterungen so unerträglich, dass man doch zum Chloral seine Zuflucht nehmen musste; allmählig brauchte sie auch weniger davon.

Der dauernde Somnambulismus blieb verschwunden; dagegen bestand der Wechsel zweier Bewusstseinszustände fort. Mitten im Gespräch hallucinirte sie, lief weg, versuchte auf einen Baum zu steigen und dgl. Hielt man sie fest, so sprach sie nach kürzester Zeit im unterbrochen Satze wieder fort, ohne von dem dazwischen liegenden zu wissen. Aber in der Hypnose erschienen dann all diese Hallucinationen im Referate.

Im ganzen besserte sich der Zustand; die Ernährung war gut möglich, sie liess sich von der Wärterin das Essen in den Mund

führen, nur Brod verlangte sie, refusirte es aber, sowie es die Lippen berührte; die Contractur-Parese des Beines nahm wesentlich ab; auch gewann sie richtige Beurtheilung und grosse Anhänglichkeit für den Arzt, der sie besuchte, meinen Freund Dr. B. Grosse Hilfe gewährte ein Neufoundländer, den sie bekommen hatte und leidenschaftlich liebte. Dabei war es prächtig anzusehen, wie einmal, als dieser Liebling eine Katze angriff, das schwächliche Mädchen die Peitsche in die linke Hand nahm und das riesige Thier damit behandelte, um sein Opfer zu retten. Später besorgte sie einige arme Kranke, was ihr sehr nützlich war.

Den deutlichsten Beweis für die pathogene, reizende Wirkung der in den Absencen, ihrer „condition seconde" producirten Vorstellungscomplexe und für ihre Erledigung durch die Aussprache in Hypnose erhielt ich bei meiner Rückkehr von einer mehrwochentlichen Ferialreise. Während dieser war keine „talking cure" vorgenommen worden, da die Kranke nicht zu bewegen war, jemand anderem als mir zu erzählen, auch nicht Dr. B., dem sie sonst herzlich zugethan worden war. Ich fand sie in einem traurigen moralischen Zustand, träge, unfügsam, launisch, selbst boshaft. Bei den abendlichen Erzählungen stellte sich heraus, dass ihre phantastisch-poetische Ader offenbar im Versiegen begriffen war; es wurden immer mehr und mehr Referate über ihre Hallucinationen und über das, was sie etwa in den verflossenen Tagen geärgert; phantastisch eingekleidet, aber mehr nur durch feststehende phantastische Formeln ausgedrückt, als zu Poëmen ausgebaut. Ein erträglicher Zustand wurde aber erst erreicht, als ich Patientin für eine Woche in die Stadt hereinkommen liess und ihr nun Abend für Abend 3—5 Geschichten abrang. Als ich damit fertig war, war alles aufgearbeitet, was sich in den Wochen meiner Abwesenheit aufgehäuft hatte. Nun erst stellte sich jener Rhythmus ihres psychischen Befindens wieder her, dass sie am Tag nach einer Aussprache liebenswürdig und heiter, am zweiten reizbarer und unangenehmer und am dritten recht „zuwider" war. Ihr moralischer Zustand war eine Function der seit der letzten Aussprache verflossenen Zeit, weil jedes spontane Product ihrer Phantasie und jede von dem kranken Theil ihrer Psyche aufgefasste Begebenheit, als psychischer Reiz solange fortwirkte, bis es in der Hypnose erzählt, hiemit aber auch die Wirksamkeit völlig beseitigt war.

Als Patientin im Herbst wieder in die Stadt kam (in eine andere Wohnung als die, in der sie erkrankt war), war der Zustand erträglich,

sowohl körperlich als geistig, indem recht wenig, eigentlich nur eingreifendere Erlebnisse, krankhaft zu psychischen Reizen verarbeitet wurde. Ich hoffte eine fortlaufend zunehmende Besserung, wenn durch regelmässige Aussprache die dauernde Belastung ihrer Psyche mit neuen Reizen verhindert wurde. Zunächst wurde ich enttäuscht. Im December verschlimmerte sich ihr psychischer Zustand wesentlich, sie war wieder aufgeregt, traurig verstimmt, reizbar und hatte kaum mehr „ganz gute Tage", auch wenn nichts Nachweisbares in ihr „steckte". Ende December, in der Weihnachtszeit, war sie besonders unruhig und erzählte dann durch die ganze Woche Abends nichts Neues, sondern die Phantasmen, die sie unter der Herrschaft starker Angstaffecte in der Festzeit 1880 Tag für Tag ausgearbeitet hatte. Nach Beendigung der Serie grosse Erleichterung.

Es hatte sich nun gejährt, dass sie vom Vater getrennt, bettlägerig geworden war, und von da an klärte und systemisirte sich der Zustand in sehr eigenthümlicher Weise. Die beiden Bewusstseinszustände, die alternirend bestanden, immer so, dass vom Morgen an mit vorschreitendem Tage die Absencen, d. h. das Auftreten der condition seconde immer häufiger ward und Nachts nur diese allein bestand, — die beiden Zustände differirten nicht bloss wie früher darin, dass sie in dem einen (ersten) normal und im zweiten alienirt war, sondern sie lebte im ersten wie wir andern im Winter 81—82; im zweiten Zustand aber im Winter 80—81 und alles später Vorgefallene war darin völlig vergessen. Nur das Bewusstsein davon, dass der Vater gestorben sei, schien meist doch zu bestehen. Die Rückversetzung in das vorhergegangene Jahr geschah so intensiv, dass sie in der neuen Wohnung ihr früheres Zimmer hallucinirte und, wenn sie zur Thüre gehen wollte, an den Ofen anrannte, der nun zum Fenster so stand wie in der alten Wohnung die Zimmerthüre. Der Umschlag aus einem Zustand in den andern erfolgte spontan, konnte aber mit der grössten Leichtigkeit hervorgerufen werden durch irgend einen Sinneseindruck, der lebhaft an das frühere Jahr erinnerte. Es genügte, ihr eine Orange vorzuhalten, (ihre Hauptnahrung während der ersten Zeit ihrer Erkrankung), um sie aus dem Jahr 1882 ins Jahr 1881 hinüberzuwerfen. Diese Rückversetzung in vergangene Zeit erfolgte aber nicht in allgemeiner und unbestimmter Weise, sondern sie durchlebte Tag für Tag den vorhergegangenen Winter. Ich hätte das nur vermuthen können, wenn sie nicht täglich in der Abendhypnose sich das abgesprochen hätte, was 1881 an diesem Tag sie erregt hatte, und

wenn nicht ein geheimes Tagebuch der Mutter aus dem Jahre 1881 die unverbrüchliche Richtigkeit der zu Grunde liegenden Thatsachen bewiesen hätte. Dieses Wiederdurchleben des verflossenen Jahres dauerte fort bis zum definitiven Abschluss der Krankheit im Juni 1882.

Dabei war es sehr interessant zu sehen, wie auch diese wiederauflebenden psychischen Reize aus dem zweiten Zustand in den ersten, normaleren herüberwirkten. Es kam vor, dass die Kranke mir am Morgen lachend sagte, sie wisse nicht, was sie habe, sie sei böse auf mich; dank dem Tagebuch wusste ich, um was es sich handelte und was auch richtig in der Abendhypnose wieder durchgemacht wurde. Ich hatte Patientin im Jahre 1881 an diesem Abend sehr geärgert. Oder sie sagte, es sei was mit ihren Augen los, sie sehe die Farben falsch; sie wisse, dass ihr Kleid braun sei, und doch sehe sie es blau. Es zeigte sich alsbald, dass sie alle Farben der Prüfungspapiere richtig und scharf unterschied, und dass die Störung nur an dem Stoff ihres Kleides hafte. Der Grund war, dass sie sich 1881 in diesen Tagen sehr mit einem Schlafrock für den Vater beschäftigt hatte, an dem derselbe Stoff, aber blau, verwendet war. Auch war dabei oft ein Vorwirken dieser auftauchenden Erinnerungen deutlich, indem die Störung des normalen Zustandes schon früher eintrat, während die Erinnerung erst allmählich für die condition seconde erwachte.

War die Abendhypnose schon hiedurch reichlich belastet, da nicht bloss die Phantasmen frischer Production, sondern auch die Erlebnisse und die „vexations“ von 1881 abgesprochen werden mussten, (die Phantasmen von 1881 hatte ich glücklicherweise schon damals abgenommen), so nahm die von Patientin und Arzt zu leistende Arbeitsumme noch enorm zu durch eine dritte Reihe von Einzelstörungen, die ebenfalls auf diese Weise erledigt werden mussten, die psychischen Ereignisse der Krankheitsincubation von Juli bis December 1880, welche die gesammten hysterischen Phänomene erzeugt hatten und mit deren Aussprache die Symptome verschwanden.

Als das erstemal durch ein zufälliges, unprovocirtes Aussprechen in der Abendhypnose eine Störung verschwand, die schon länger bestanden hatte, war ich sehr überrascht. Es war im Sommer eine Zeit intensiver Hitze gewesen, und Patientin hatte sehr arg durch Durst gelitten; denn, ohne einen Grund angeben zu können, war ihr plötzlich unmöglich geworden, zu trinken. Sie nahm das ersehnte Glas Wasser in die Hand, aber so wie es die Lippen berührte, stiess sie es weg wie ein Hydrophobischer. Dabei war sie offenbar für diese

paar Secunden in einer Absence. Sie lebte nur von Obst, Melonen und dgl., um den qualvollen Durst zu mildern. Als das etwa 6 Wochen gedauert hatte, raisonnirte sie einmal in der Hypnose über ihre englische Gesellschafterin, die sie nicht liebte, und erzählte dann mit allen Zeichen des Abscheus, wie sie auf deren Zimmer gekommen sei, und da deren kleiner Hund, das ekelhafte Thier, aus einem Glas getrunken habe. Sie habe nichts gesagt, denn sie wolle höflich sein. Nachdem sie ihrem stecken gebliebenen Aerger noch energisch Ausdruck gegeben, verlangte sie zu trinken, trank ohne Hemmung eine grosse Menge Wasser und erwachte aus der Hypnose mit dem Glas an den Lippen. Die Störung war damit für immer verschwunden. Ebenso schwanden sonderbare hartnäckige Marotten, nachdem das Erlebniss erzählt, war, welches dazu den Anlass gegeben hatte. Ein grosser Schritt war aber geschehen, als auf dieselbe Weise als erstes der Dauersymptome die Contractur des rechten Beines geschwunden war, die allerdings schon vorher sehr abgenommen hatte. Aus diesen Erfahrungen, dass die hysterischen Phänomene bei dieser Kranken verschwanden, sobald in der Hypnose das Ereigniss reproducirt war, welches das Symptom veranlasst hatte, — daraus entwickelte sich eine therapeutische technische Procedur, die an logischer Consequenz und systematischer Durchführung nichts zu wünschen liess. Jedes einzelne Symptom dieses verwickelten Krankheitsbildes wurde für sich vorgenommen; die sämmtlichen Anlässe, bei denen es aufgetreten war, in umgekehrter Reihenfolge erzählt, beginnend mit den Tagen, bevor Patientin bettlägerig geworden, nach rückwärts bis zu der Veranlassung des erstmaligen Auftretens. War dieses erzählt, so war das Symptom damit für immer behoben.

So wurden die Contracturparesen und Anästhesien, die verschiedensten Seh- und Hörstörungen, Neuralgien, Husten, Zittern und dgl. und schliesslich auch die Sprachstörungen „wegerzählt". Als Sehstörungen wurden z. B. einzeln erledigt: der Strabismus conv. mit Doppeltsehen; Ablenkung beider Augen nach rechts, so dass die zugreifende Hand immer links neben das Object greift; Gesichtsfeldeinschränkung; centrale Amblyopie; Makropsie; Sehen eines Todtenkopfs an Stelle des Vaters; Unfähigkeit zu lesen. Dieser Analyse entzogen blieben nur einzelne Phänomene, die sich während des Krankenlagers entwickelt hatten, wie die Ausbreitung der Contracturparese auf die linke Seite, und die wahrscheinlich auch wirklich keine directe psychische Veranlassung hatten.

Es erwies sich als ganz unthunlich, die Sache abzukürzen, indem man direct die erste Veranlassung der Symptome in ihre Erinnerung zu evociren suchte. Sie fand sie nicht, wurde verwirrt, und es ging noch langsamer, als wenn man sie ruhig und sicher den aufgenommenen Erinnerungsfaden nach rückwärts abhaspeln liess. Da das aber in der Abendhypnose zu langsam gieng, weil die Kranke von der „Aussprache“ der zwei andern Serien angestrengt und zerstreut war, auch wohl die Erinnerungen Zeit brauchten, um in voller Lebhaftigkeit sich zu entwickeln, so bildete sich die folgende Procedur heraus. Ich suchte sie am Morgen auf, hypnotisirte sie (es waren sehr einfache Hypnoseproceduren empirisch gefunden worden) und fragte sie nun unter Concentration ihrer Gedanken auf das eben behandelte Symptom um die Gelegenheiten, bei denen es aufgetreten war. Patientin bezeichnete nun in rascher Folge mit kurzen Schlagworten diese äusseren Veranlassungen, die ich notirte. In der Abendhypnose erzählte sie dann, unterstützt durch die notirte Reihenfolge, ziemlich ausführlich die Begebenheiten. Mit welcher, in jedem Sinn, erschöpfenden Gründlichkeit das geschah, mag ein Beispiel zeigen. Es war immer vorgekommen, dass Patientin nicht hörte, wenn man sie ansprach. Dieses vorübergehende Nichthören differenzirte sich in folgender Weise:

a) Nicht hören, dass jemand eintrat, in Zerstreutheit. 108 einzeln detaillirte Fälle davon; Angabe der Personen und Umstände, oft des Datums; als erster, dass sie ihren Vater nicht eintreten gehört.

b) Nicht verstehen, wenn mehrere Personen sprechen, 27mal, das erstemal wieder der Vater und ein Bekannter.

c) Nicht hören, wenn allein, direct angesprochen 50mal, Ursprung, dass der Vater vergebens sie um Wein angesprochen.

d) Taubwerden durch Schütteln (im Wagen oder dgl.) 15mal; Ursprung, dass ihr junger Bruder sie im Streit geschüttelt, als er sie Nachts an der Thür des Krankenzimmers lauschend ertappte.

e) Taubwerden vor Schreck über ein Geräusch, 37mal; Ursprung ein Erstickungsanfall des Vaters durch Verschlucken.

f) Taubwerden in tiefer Absence, 12mal.

g) Taubwerden durch langes Horchen und Lauschen, so dass sie dann angesprochen nicht hörte, 54mal.

Natürlich sind all diese Vorgänge grossentheils identisch, indem sie sich auf die Zerstreutheit — Absence oder auf Schreckaffect

zurückführen lassen. Sie waren aber in der Erinnerung der Kranken so deutlich getrennt, dass, wenn sie sich einmal in der Reihenfolge irrte, die richtige Ordnung corrigirend hergestellt werden musste, sonst stockte das Referat. Die erzählten Begebenheiten liessen in ihrer Interesse- und Bedeutungslosigkeit und bei der Präcision der Erzählung den Verdacht nicht aufkommen, sie seien erfunden. Viele dieser Vorfälle, als rein innere Erlebnisse, entzogen sich der Controle. An andere oder die begleitenden Umstände erinnerte sich die Umgebung der Kranken.

Es geschah auch hier, was regelmässig zu beobachten war, während ein Symptom „abgesprochen“ wurde: dieses trat mit erhöhter Intensität auf, während es erzählt wurde. So war Patientin während der Analyse des Nichthörens so taub, dass ich theilweise schriftlich mich mit ihr verständigen musste. Regelmässig war der erste Anlass irgend ein Schrecken, den sie bei der Pflege der Vaters erlebt, ein Uebersehen ihrerseits oder dgl.

Nicht immer ging das Erinnern leicht von statten, und manchmal musste die Kranke gewaltige Anstrengungen machen. So stockte einmal der ganze Fortgang eine zeitlang, weil eine Erinnerung nicht auftauchen wollte; es handelte sich um eine der Kranken sehr schreckliche Hallucination, sie hatte ihren Vater, den sie pflegte, mit einem Todtenkopfe gesehen. Sie und ihre Umgebung erinnerten, dass sie einmal, noch in scheinbarer Gesundheit, einen Besuch bei einer Verwandten gemacht, die Thür geöffnet habe und sogleich bewusstlos niedergefallen sei. Um nun das Hinderniss zu überwinden, ging sie jetzt wieder dorthin und stürzte wieder beim Eintritt ins Zimmer bewusstlos zu Boden. In der Abendhypnose war dann das Hinderniss überwunden; sie hatte beim Eintritt in dem der Thür gegenüberstehenden Spiegel ihr bleiches Gesicht erblickt, aber nicht sich, sondern ihren Vater mit einem Todtenkopf gesehen. — Wir haben oft beobachtet, dass die Furcht vor einer Erinnerung, wie es hier geschehen, ihr Auftauchen hemmt, und dieses durch Patientin oder Arzt erzwungen werden muss.

Wie stark die innere Logik der Zustände war, zeigte unter anderem folgendes. Patientin war, wie bemerkt, in dieser Zeit Nachts immer in ihrer „condition seconde“, also im Jahre 1881. Einmal erwachte sie in der Nacht, behauptete, sie sei wieder von Hause weggebracht worden, kam in einen schlimmen Aufregungszustand, der das ganze Haus alarmirte. Der Grund war einfach. Am vorhergehenden

Abend war durch „talking cure“ ihre Sehstörung geschwunden und zwar auch für die condition seconde. Als sie nun Nachts erwachte, fand sie sich in einem ihr unbekannten Zimmer, denn die Familie hatte seit Frühjahr 1881 die Wohnung gewechselt. Diese recht unangenehmen Zufälle wurden verhindert, da ich ihr (auf ihre Bitte) Abends immer die Augen schloss mit der Suggestion, sie könne sie nicht öffnen, bis ich selbst es am Morgen thun würde. Nur einmal wiederholte sich der Lärm, als Patientin im Traum geweint und erwachend die Augen geöffnet hatte.

Da sich diese mühevolle Analyse der Symptome auf die Sommermonate 1880 bezog, während welcher sich die Erkrankung vorbereitete, gewann ich einen vollen Einblick in die Incubation und Pathogenese dieser Hysterie, die ich nun kurz darlegen will.

Juli 1880 war der Vater der Kranken auf dem Lande an einem subpleuralen Abcess schwer erkrankt; Anna theilte sich mit der Mutter in die Pflege. Einmal wachte sie Nachts in grosser Angst um den hochfiebernden Kranken und in Spannung, weil von Wien ein Chirurg zur Operation erwartet wurde. Die Mutter hatte sich für einige Zeit entfernt, und Anna sass am Krankenbette, den rechten Arm über die Stuhllehne gelegt. Sie gerieth in einen Zustand von Wachträumen und sah, wie von der Wand her eine schwarze Schlange sich dem Kranken näherte, um ihn zu beissen. (Es ist sehr wahrscheinlich, dass auf der Wiese hinter dem Hause wirklich einige Schlangen vorkamen, über die das Mädchen früher schon erschrocken war, und die nun das Material der Hallucination abgaben.) Sie wollte das Thier abwehren, war aber wie gelähmt; der rechte Arm, über der Stuhllehne hängend, war „eingeschlafen“, anästhetisch und paretisch geworden, und als sie ihn betrachtete, verwandelten sich die Finger in kleine Schlangen mit Todtenköpfen (Nägel). Wahrscheinlich machte sie Versuche, die Schlange mit dem gelähmten rechten Arm zu verjagen, und dadurch trat die Anästhesie und Lähmung derselben in Association mit der Schlangenhallucination. — Als diese geschwunden war, wollte sie in ihrer Angst beten, aber jede Sprache versagte, sie konnte in keiner sprechen, bis sie endlich einen englischen Kindervers fand und nun auch in dieser Sprache fortdenken und beten konnte.

Der Pfiff der Locomotive, die den erwarteten Arzt brachte, unterbrach den Spuk. Aber als sie andern Tags einen Reifen aus dem Gebüsch nehmen wollte, in das er beim Spiel geworfen worden war, rief ein gebogener Zweig die Schlangenhallucination wieder hervor,

und zugleich damit wurde der rechte Arm steif gestreckt. Diess wiederholte sich nun immer, so oft ein mehr oder weniger schlangenähnliches Object die Hallucination provocirte. Diese aber wie die Contractur traten nur in den kurzen Absencen auf, die von jener Nacht an immer häufiger wurden. (Stabil wurde die Contractur erst im December, als Patientin, vollständig niedergebrochen, das Bett nicht mehr verlassen konnte.) Bei einem Anlass, den ich nicht notirt finde und nicht erinnere, trat zur Contractur des Armes die des rechten Beines.

Nun war die Neigung zu autohypnotischen Absencen geschaffen. An dem auf jene Nacht folgenden Tage versank sie im Warten auf den Chirurgen in solche Abwesenheit, dass er schliesslich im Zimmer stand, ohne dass sie ihn kommen gehört hätte. Das constante Angstgefühl hinderte sie am Essen und producirte allmählich intensiven Ekel. Sonst aber entstanden alle einzelnen hysterischen Symptome im Affect. Es ist nicht ganz klar, ob dabei immer eine vollkommene momentane Absence eintrat, es ist aber wahrscheinlich, weil Patientin im Wachen von dem ganzen Zusammenhang nichts wusste.

Manche Symptome aber scheinen nicht in der Absence, sondern nur im Affecte im wachen Zustande aufgetreten zu sein, wiederholten sich aber dann ebenso. So wurden die Sehstörungen sämmtlich auf einzelne, mehr minder klar determinirende Anlässe zurückgeführt, z. B. in der Art, dass Patientin, mit Thränen im Auge, am Krankenbett sitzend, plötzlich vom Vater gefragt wurde, wie viel Uhr es sei, undeutlich sah, sich anstrengte, die Uhr nahe ans Auge brachte und nun das Zifferblatt sehr gross erschien (Makropsie und Strabismus conv.); oder Anstrengungen machte, die Thränen zu unterdrücken, damit sie der Kranke nicht sehe.

Ein Streit, in dem sie ihre Antwort unterdrückte, verursachte einen Glottiskrampf, der sich bei jeder ähnlichen Veranlassung wiederholte.

Die Sprache versagte a) aus Angst, seit der ersten nächtlichen Hallucination, b) seit sie einmal wieder eine Aeusserung unterdrückte (active Hemmung), c) seit sie einmal ungerecht gescholten worden war, d) bei allen analogen Gelegenheiten (Kränkung). Husten trat das erstemal ein, als während der Krankenwache aus einem benachbarten Hause Tanzmusik herübertönte und der aufsteigende Wunsch, dort zu sein, ihr Selbstvorwürfe erweckte. Seitdem reagirte sie ihre ganze Krank-

heitszeit hindurch auf jede stark rhythmirte Musik mit einer Tussis nervosa.

Ich bedauere nicht allzusehr, dass die Unvollständigkeit meiner Notizen es unmöglich macht, hier sämmtliche Hysterica auf ihre Veranlassungen zurückzuführen. Patientin that es bei allen, mit der oben erwähnten Ausnahme, und jedes Symptom war, wie geschildert, nach der Erzählung des ersten Anlasses verschwunden.

Auf diese Weise schloss auch die ganze Hysterie ab. Die Kranke hatte sich selbst den festen Vorsatz gebildet, am Jahrestag ihrer Transferirung auf das Land müsse sie mit allem fertig sein. Sie betrieb darum Anfangs Juni die „talking cure“ mit grosser, aufregender Energie. Am letzten Tage reproducirte sie mit der Nachhilfe, dass sie das Zimmer so arrangirte, wie das Krankenzimmer ihres Vaters gewesen war, die oben erzählte Angsthallucination, welche die Wurzel der ganzen Erkrankung gewesen war, und in der sie nur englisch hatte denken und beten können; sprach unmittelbar darauf deutsch und war nun frei von all den unzähligen einzelnen Störungen, die sie früher dargeboten hatte. Dann verliess sie Wien für eine Reise, brauchte aber doch noch längere Zeit, bis sie ganz ihr psychisches Gleichgewicht gefunden hatte. Seitdem erfreut sie sich vollständiger Gesundheit.

So viel nicht uninteressanter Einzelheiten ich auch unterdrückt habe, ist doch die Krankengeschichte der Anna O . . umfangreicher geworden, als eine an sich nicht ungewöhnliche hysterische Erkrankung zu verdienen scheint. Aber die Darstellung des Falles war unmöglich ohne Eingehen ins Detail, und die Eigenthümlichkeiten desselben scheinen mir von einer Wichtigkeit, welche das ausführliche Referat entschuldigen dürfte. Auch die Echinodermeneier sind für die Embryo logie nicht deshalb so wichtig, weil etwa der Seeigel ein besonders interessantes Thier wäre, sondern weil ihr Protoplasma durchsichtig ist, und man aus dem, was man an ihnen sehen kann, auf das schliesst, was an den Eiern mit trübem Plasma auch vorgehen dürfte.

In der weitgehenden Durchsichtigkeit und Erklärbarkeit seiner Pathogenese scheint mir vor allem das Interesse dieses Falles zu liegen.

Als disponirend zur hysterischen Erkrankung finden wir bei dem noch völlig gesunden Mädchen zwei psychische Eigenthümlichkeiten:

1. den in monotonem Familienleben und ohne entsprechende geistige Arbeit unverwendeten Ueberschuss von psychischer Regsamkeit und Energie, der sich in fortwährendem Arbeiten der Phantasie entladet und

2. das habituelle Wachträumen („Privattheater") erzeugt, womit der Grund gelegt wird zur Dissociation der geistigen Persönlichkeit. Immerhin bleibt auch diese noch in den Grenzen des Normalen; Träumerei, wie Meditation während einen mehr minder mechanischen Beschäftigung bedingt an sich noch keine pathologische Spaltung des Bewusstseins, weil jede Störung darin, jeder Anruf z. B., die normale Einheit desselben wieder herstellt und wohl auch keine Amnesie besteht. Doch wurde dadurch bei Anna O.. der Boden geschaffen, auf dem in der geschilderten Weise der Angst- und Erwartungsaffect sich festsetzte, nachdem er einmal die habituelle Träumerei in eine hallucinatorische Absence ungeschaffen hatte. Es ist merkwürdig, wie vollkommen in dieser ersten Manifestation der beginnenden Erkrankung schon die Hauptzüge auftreten, welche dann durch fast 2 Jahre constant bleiben: die Existenz eines 2. Bewusstseinszustandes, der sich, zuerst als vorübergehende Absence auftretend, später zur double conscience organisirt; die Sprachhemmung, bedingt durch den Angstaffect, mit der zufälligen Entladung durch einen englischen Kindervers; später Paraphasie und Verlust der Muttersprache, die durch vortreffliches Englisch ersetzt wird; endlich die zufällige Drucklähmung des rechten Armes, welche sich später zur rechtseitigen Contracturparese und Anästhesie entwickelt. Der Entstehungsmechanismus dieser letztern Affection entspricht vollständig der Charcot'schen Theorie von der traumatischen Hysterie: hypnotischer Zustand, in welchem ein leichtes Trauma erfolgt.

Aber während bei den Kranken, an welchen Charcot die hysterische Lähmung experimentell erzeugte, diese alsbald stabilisirt bleibt, und bei den durch ein schweres Schreck-Trauma erschütterten Trägern traumatischer Neurosen sich bald einstellt, leistete das Nervensystem unseres jungen Mädchens noch durch 4 Monate erfolgreichen Widerstand. Die Contractur, wie die andern, allmählich sich dazu gesellenden Störungen traten nur in den momentanen Absencen, in der „condition seconde" ein und liessen Patientin während des normalen Zustandes im Vollbesitze ihres Körpers und ihrer Sinne, so dass weder sie selbst etwas davon wusste, noch die Umgebung etwas sah, deren Aufmerk-

samkeit allerdings auf den schwer kranken Vater concentrirt und dadurch abgelenkt war.

Indem aber seit jener ersten hallucinatorischen Autohypnose sich die Absencen mit völliger Amnesie und begleitenden hysterischen Phänomenen häuften, vermehrten sich die Gelegenheiten zur Bildung neuer solcher Symptome und befestigten sich die schon gebildeten in häufiger Wiederholung. Dazu kam, dass allmählich jeder peinliche, plötzliche Affect ebenso so wirkte wie die Absence (wenn er nicht doch vielleicht immer momentane Absence erzeugte); zufällige Coïncidenzen bildeten pathologische Associationen, Sinnes- oder motorische Störungen, die von da an mit dem Affect zugleich wieder auftraten. Aber noch immer nur momentan, vorübergehend; bevor Patientin bettlägerig wurde, hatte sie bereits die ganze grosse Sammlung hysterischer Phänomene entwickelt, ohne dass jemand davon wusste. Erst da die Kranke, auf's äusserste geschwächt durch die Inanition, die Schlaflosigkeit und den fortdauernden Angstaffect, völlig niedergebrochen war, als sie mehr Zeit in der „condition seconde“ sich befand, als in normalem Zustande, griffen die hysterischen Phänomene auch in diesen hinüber und verwandelten sich aus anfallsweise auftretenden Erscheinungen in Dauersymptome.

Man muss nun die Frage aufwerfen, in wie weit die Angaben der Kranken zuverlässig sind, und die Phänomene wirklich die von ihr bezeichnete Entstehungsart und Veranlassung gehabt haben. Was die wichtigern und grundlegenden Vorgänge betrifft, so steht die Zuverlässigkeit des Berichtes für mich ausser Frage. Auf das Verschwinden der Symptome, nachdem sie „aberzählt“ waren, berufe ich mich hiefür nicht; das wäre ganz wohl durch Suggestion zu erklären. Aber ich habe die Kranke immer vollkommen wahrheitsgetreu und zuverlässig gefunden; die erzählten Dinge hingen innig mit dem zusammen, was ihr das Heiligste war; alles, was einer Controlirung durch andere Personen zugänglich war, bestätigte sich vollkommen. Auch das begabteste Mädchen wäre wohl nicht im Stande, ein System von Angaben auszubauen, dem eine so grosse innere Logik eigen wäre, wie es bei der hier dargelegten Entwicklungsgeschichte ihrer Krankheit der Fall ist. Das aber ist von vorne herein nicht abzuweisen, dass sie eben in der Consequenz dieser Logik manchem Symptom eine Veranlassung zugeschoben hätte (im besten Glauben), die in Wirklichkeit nicht bestand. Aber ich halte auch diese Vermuthung nicht für richtig. Gerade die Bedeutungslosigkeit so vieler Anlässe, das Irrationale so

vieler Zusammenhänge spricht für ihre Realität. Der Kranken war es unverständlich, wieso Tanzmusik sie husten mache. Für eine willkürliche Construction ist das zu sinnlos. Ich allerdings konnte mir denken, dass jeder Gewissensskrupel ihr notorisch Glottiskrampf verursachte, und die motorischen Impulse, die das sehr tanzlustige Mädchen empfand, diesen Glottiskrampf in eine tussis nervosa verwandelten. Ich halte also die Angaben der Kranken für ganz zuverlässig und wahrheitsgetreu.

Wie weit ist nun die Vermuthung berechtigt, dass auch bei andern Kranken die Entwicklung der Hysterie analog sei, dass Aehnliches auch dort vorkomme, wo sich keine so deutlich geschiedene „condition seconde" organisirt? Ich möchte hiefür darauf hinweisen, dass diese ganze Geschichte der Krankheitsentwicklung auch bei unserer Patientin vollständig unbekannt geblieben wäre, ihr selbst wie dem Arzte, hätte sie nicht die Eigenthümlichkeit gehabt, in der geschilderten Weise, sich in der Hypnose zu erinnern und das Erinnerte zu erzählen. Im Wachen wusste sie von all dem nichts. Wie es sich bei Andern damit verhält, ist also aus dem Krankenexamen der wachen Person nie zu entnehmen, da sie mit bestem Willen keine Auskunft geben kann. Und wie wenig die Umgebung von all den Vorgängen beobachten konnte, habe ich schon oben bemerkt. — Wie es sich bei andern Kranken verhalte, konnte also nur durch ein ähnliches Verfahren erkannt werden, wie es bei Anna O.. die Autohypnosen an die Hand gegeben hatten. Zunächst war nur die Vermuthung berechtigt, ähnliche Vorgänge dürften häufiger sein, als unsere Unkenntniss des pathogenen Mechanismus annehmen liess.

Als die Kranke bettlägerig geworden war und ihr Bewusstsein fortwährend zwischen dem normalen und dem „zweiten" Zustand oscillirte, das Heer der einzeln entstandenen und bis dahin latenten hysterischen Symptome sich als Dauersymptome manifestirte, gesellte sich zu diesen noch eine Gruppe von Erscheinungen, die andern Ursprungs scheinen, die Contracturlähmung der linkseitigen Extremitäten und die Parese der Kopfheber. Ich trenne sie von den andern Phänomenen ab, weil sie, nachdem sie einmal geschwunden waren, nie, auch nicht anfalls- oder andeutungsweise, wieder erschienen, auch nicht in der Abschluss- und Abheilungsphase, in der alle andern Symptome nach längerem Schlummer wieder auflebten. Dem entsprechend kamen sie auch in den hypnotischen Analysen nie vor und wurden sie nicht auf affective oder phantastische Anlässe zurückgeführt. Ich

möchte darum glauben, dass sie nicht demselben psychischen Vorgang ihr Dasein dankten wie die andern Symptome, sondern der secundären Ausbreitung jenes unbekannten Zustandes, der die somatische Grundlage der hysterischen Phänomene ist.

Während des ganzen Krankheitsverlaufes bestanden die zwei Bewusstseinszustände neben einander, der primäre, in welchem Patientin psychisch ganz normal war, und der „zweite“ Zustand, den wir wohl mit dem Traum vergleichen können, entsprechend seinem Reichthum an Phantasmen, Hallucinationen, den grossen Lücken der Erinnerung, der Hemmungs- und Controlelosigkeit der Einfälle. In diesem zweiten Zustand war Patientin alienirt. Es scheint mir nun guten Einblick in das Wesen mindestens einer Art von hysterischen Psychosen zu gewähren, dass der psychische Zustand der Kranken durchaus abhängig war von dem Hereinragen dieses zweiten Zustandes in den normalen. Jede Abendhypnose lieferte den Beweis, dass die Kranke völlig klar, geordnet, und in ihrem Empfinden und Wollen normal war, wenn kein Product des zweiten Zustandes „im Unbewussten“ als Reiz wirkte; die eclatante Psychose bei jeder grössern Pause in dieser Entlastungsprocedur bewies, in welchem Ausmaasse eben diese Producte die psychischen Vorgänge des „normalen“ Zustandes beeinflussten. Es ist schwer, dem Ausdruck aus dem Wege zu gehen, die Kranke sei in zwei Persönlichkeiten zerfallen, von denen die eine psychisch normal und die andere geisteskrank war. Ich meine, dass die scharfe Trennung der beiden Zustände bei unserer Kranken ein Verhalten nur deutlich machte, das auch bei vielen andern Hysterischen Ursache so mancher Räthsel ist. Bei Anna O.. war besonders auffallend, wie sehr die Producte des „schlimmen Ichs“, wie die Kranke selbst es nannte, ihren moralischen Habitus beeinflussten. Wären sie nicht fortlaufend weggeschafft worden, so hätte man in ihr eine Hysterica von der bösartigen Sorte gehabt, widerspenstig, träge, unliebenswürdig, boshaft; während so, nach Entfernung dieser Reize, immer wieder sogleich ihr wahrer Charakter zum Vorschein kam, der von all dem das Gegentheil war.

Aber so scharf die beiden Zustände getrennt waren, es ragte nicht bloss der „zweite Zustand“ in den ersten herein, sondern es sass, wie Patientin sich ausdrückte, mindestens häufig auch bei ganz schlimmen Zuständen in irgend einem Winkel ihres Gehirns ein scharfer und ruhiger Beobachter, der sich das tolle Zeug ansah. Diese Fortexistenz klaren Denkens während des Vorwaltens der

Psychose gewann einen sehr merkwürdigen Ausdruck; als Patientin nach Abschluss der hysterischen Phänomene in einer vorübergehenden Depression war, brachte sie unter andern kindischen Befürchtungen und Selbstanklagen auch die vor, sie sei gar nicht krank, und alles sei nur simulirt gewesen. Aehnliches ist bekanntlich schon mehrfach vorgekommen.

Wenn nach Ablauf der Krankheit die beiden Bewusstseinszustände wieder in einen zusammengeflossen sind, sehen sich die Patienten beim Rückblick als die eine ungetheilte Persönlichkeit, die von all dem Unsinn gewusst hat, und meinen, sie hätten ihn hindern können, wenn sie gewollt hätten, also hätten sie den Unfug absichtlich verübt. — Diese Persistenz normalen Denkens während des zweiten Zustandes dürfte übrigens quantitativ enorm geschwankt und grossentheils auch nicht bestanden haben.

Die wunderbare Thatsache, dass vom Beginn bis zum Abschluss der Erkrankung alle aus dem zweiten Zustand stammenden Reize und ihre Folgen durch das Aussprechen in der Hypnose dauernd beseitigt wurden, habe ich bereits geschildert und dem nichts hinzuzusetzen, als die Versicherung, dass es nicht etwa meine Erfindung war, die ich der Patientin suggerirt hätte; sondern ich war auf's höchste davon überrascht, und erst als eine Reihe spontaner Erledigungen erfolgt waren, entwickelte sich mir daraus eine therapeutische Technik.

Einige Worte verdient noch die schliessliche Abheilung der Hysterie. Sie erfolgte in der geschilderten Weise unter namhafter Beunruhigung der Kranken und Verschlechterung ihres psychischen Zustandes. Man hatte durchaus den Eindruck, es sei die Menge von Producten des zweiten Zustandes, die geschlummert haben. nun ins Bewusstsein drängen; erinnert werden, wenn auch wieder zunächst in der „condition seconde“, aber den normalen Zustand belasten und beunruhigen. Es wird in Betracht zu ziehen sein, ob nicht auch in andern Fällen eine Psychose, mit welcher eine chronische Hysterie abschliesst, denselben Ursprung hat.

II. Frau Emmy v. N . . ., 40 Jahre, aus Livland (Freud).

Am 1. Mai 1889 wurde ich der Arzt einer etwa 40jährigen Dame, deren Leiden wie deren Persönlichkeit mir soviel Interesse einflössten, dass ich ihr einen grossen Theil meiner Zeit widmete und mir ihre Herstellung

zur Aufgabe machte. Sie war Hysterica, mit grösster Leichtigkeit in Somnambulismus zu versetzen, und als ich dies merkte, entschloss ich mich, das Breuer'sche Verfahren der Ausforschung in der Hypnose bei ihr anzuwenden, das ich aus den Mittheilungen Breuer's über die Heilungsgeschichte seiner ersten Patientin kannte. Es war mein erster Versuch in der Handhabung dieser therapeutischen Methode, ich war noch weit davon entfernt, dieselbe zu beherrschen, und habe in der That die Analyse der Krankheitsymptome weder weit genug getrieben, noch sie genügend planmässig verfolgt. Vielleicht wird es mir am besten gelingen, den Zustand der Kranken und mein ärztliches Vorgehen anschaulich zu machen, wenn ich die Aufzeichnungen wiedergebe, die ich mir in den ersten 3 Wochen der Behandlung allabendlich gemacht habe. Wo mir nachherige Erfahrung ein besseres Verständniss ermöglicht hat, werde ich es in Noten und Zwischenbemerkungen zum Ausdruck bringen:

1. Mai 1889. Ich finde eine noch jugendlich aussehende Frau mit feinen, charakteristisch geschnittenen Gesichtszügen auf dem Divan liegend, eine Lederrolle unter dem Nacken. Ihr Gesicht hat einen gespannten, schmerzhaften Ausdruck, die Augen sind zusammengekniffen, der Blick gesenkt, die Stirne stark gerunzelt, die Nasolabialfalten vertieft. Sie spricht wie mühselig, mit leiser Stimme, gelegentlich durch spastische Sprachstockung bis zum Stottern unterbrochen. Dabei hält sie die Finger in einander verschränkt, die eine unaufhörliche Athetose-artige Unruhe zeigen. Häufige tickartige Zuckungen im Gesicht und an den Halsmuskeln, wobei einzelne, besonders der r. Sternocleidomastoideus plastisch vorspringen. Ferner unterbricht sie sich häufig in der Rede, um ein eigenthümliches Schnalzen hervorzubringen, das ich nicht nachahmen kann.[1]

Was sie spricht, ist durchaus zusammenhängend und bezeugt offenbar eine nicht gewöhnliche Bildung und Intelligenz. Umso befremdender ist es, dass sie alle paar Minuten plötzlich abbricht, das Gesicht zum Ausdruck des Grausens und Ekels verzieht, die Hand mit gespreizten und gekrümmten Fingern gegen mich ausstreckt und dabei mit veränderter, angsterfüllter Stimme die Worte ruft: „Seien Sie still, — reden Sie nichts, — rühren Sie mich nicht an!“ Sie steht wahrscheinlich unter dem Eindrucke einer wiederkehrenden grauenvollen

---

[1] Dieses Schnalzen bestand aus mehreren Tempi; jagdkundige Collegen, die es hörten, verglichen dessen Endlaute mit dem Balzen des Auerhahnes.

Hallucination und wehrt die Einmengung des Fremden mit dieser Formel ab.[1] Diese Einschaltung schliesst dann ebenso plötzlich ab, und die Kranke setzt ihre Rede fort, ohne die eben vorhandene Erregung weiterzuspinnen, ohne ihr Benehmen zu erklären oder zu entschuldigen, also wahrscheinlich ohne die Unterbrechung selbst bemerkt zu haben.[2]

Von ihren Verhältnissen erfahre ich Folgendes: Ihre Familie stammt aus Mitteldeutschland, ist seit zwei Generationen in den russischen Ostseeprovinzen ansässig und dort reich begütert. Sie waren 14 Kinder, sie selbst das 13. davon, es sind nur noch 4 am Leben. Sie wurde von einer überthatkräftigen, strengen Mutter sorgfältig, aber mit viel Zwang erzogen. Mit 23 Jahren heiratete sie einen hochbegabten und tüchtigen Mann, der sich als Grossindustrieller eine hervorragende Stellung erworben hatte, aber viel älter war als sie. Er starb nach kurzer Ehe plötzlich am Herzschlag. Dieses Ereigniss sowie die Erziehung ihrer beiden jetzt 16 und 14 Jahre alten Mädchen, die vielfach kränklich waren und an nervösen Störungen litten, bezeichnet sie als die Ursachen ihrer Krankheit. Seit dem Tode ihres Mannes vor 14 Jahren ist sie in schwankender Intensität immer krank gewesen. Vor 4 Jahren hat eine Massagecur in Verbindung mit elektrischen Bädern ihr vorübergehend Erleichterung gebracht, sonst blieben alle ihre Bemühungen, ihre Gesundheit wieder zu gewinnen, erfolglos. Sie ist viel gereist und hat zahlreiche und lebhafte Interessen. Gegenwärtig bewohnt sie einen Herrensitz an der Ostsee in der Nähe einer grossen Stadt. Seit Monaten wieder schwer leidend, verstimmt und schlaflos, von Schmerzen gequält, hat sie in Abbazia vergebens Besserung gesucht, ist seit sechs Wochen in Wien, bisher in Behandlung eines hervorragenden Arztes.

Meinen Vorschlag, sich von den beiden Mädchen, die ihre Gouvernante haben, zu trennen und in ein Sanatorium einzutreten, in dem ich sie täglich sehen kann, nimmt sie ohne ein Wort der Einwendung an.

---

[1] Die Worte entsprachen in der That einer Schutzformel, die auch im Weiteren ihre Erklärung findet. Ich habe solche Schutzformeln seither bei einer Melancholica beobachtet, die ihre peinigenden Gedanken (Wünsche, dass ihrem Mann, ihrer Mutter etwas Arges zustossen möge, Gotteslästerungen udgl.) auf diese Art zu beherrschen versuchte.

[2] Es handelte sich um ein hysterisches Delirium, welches mit dem normalen Bewusstseinszustande alternirt, ähnlich wie ein echter Tick sich in eine Willkürbewegung einschiebt, ohne dieselbe zu stören und ohne sich mit ihr zu vermengen.

Am 2. Mai abends besuche ich sie im Sanatorium. Es fällt mir auf, dass sie jedesmal so heftig zusammenschrickt, sobald die Thüre unerwartet aufgeht. Ich veranlasse daher, dass die besuchenden Hausärzte und das Wartepersonale kräftig anklopfen und nicht eher eintreten, als bis sie „Herein“ gerufen hat. Trotzdem grinst und zuckt sie noch edesmal, wenn jemand eintritt.

Ihre Hauptklage bezieht sich heute auf Kälteempfindung und Schmerzen im rechten Bein, die vom Rücken oberhalb des Darmbeinkammes ausgehen. Ich ordne warme Bäder an und werde sie zweimal täglich am ganzen Körper massiren.

Sie ist ausgezeichnet zur Hypnose geeignet. Ich halte ihr einen Finger vor, rufe ihr zu: Schlafen Sie! und sie sinkt mit dem Ausdruck von Betäubung und Verworrenheit zurück. Ich suggerire Schlaf, Besserung aller Symptome u. dgl., was sie mit geschlossenen Augen, aber unverkennbar gespannter Aufmerksamkeit anhört, und wobei ihre Miene sich allmählich glättet und einen friedlichen Ausdruck annimmt. Nach dieser ersten Hypnose bleibt eine dunkle Erinnerung an meine Worte; schon nach der zweiten tritt vollkommener Somnambulismus (Amnesie) ein. Ich hatte ihr angekündigt, dass ich sie hypnotisiren würde, worauf sie ohne Widerstand einging. Sie ist noch nie hypnotisirt worden, ich darf aber annehmen, dass sie über Hypnose gelesen hat, wiewohl ich nicht weiss, welche Vorstellung über den hypnotischen Zustand sie mitbrachte.[1]

Die Behandlung mit warmen Bädern, zweimaliger Massage und hypnotischer Suggestion wurde in den nächsten Tagen fortgesetzt. Sie schlief gut, erholte sich zusehends, brachte den grösseren Theil des Tages in ruhiger Krankenlage zu. Es war ihr nicht untersagt, ihre Kinder zu sehen, zu lesen und ihre Correspondenz zu besorgen.

Am 8. Mai morgens unterhält sie mich, anscheinend ganz normal, von gräulichen Thiergeschichten. Sie hat in der Frankfurter Zeitung, die vor ihr auf dem Tische liegt, gelesen, dass ein Lehrling einen

---

[1] Beim Erwachen aus der Hypnose blickte sie jedesmal wie verworren einen Augenblick herum, liess dann ihre Augen auf mir ruhen, schien sich besonnen zu haben, zog die Brille an, die sie vor dem Einschlafen abgelegt hatte, und war dann heiter und ganz bei sich. Obwohl wir im Verlaufe der Behandlung, die in diesem Jahre 7, im nächsten 8 Wochen einnahm, über alles Mögliche mit einander sprachen und sie fast täglich zweimal von mir eingeschläfert wurde, richtete sie doch nie eine Frage oder Bemerkung über die Hypnose an mich und schien in ihrem Wachzustand die Thatsache, dass sie hypnotisirt werde, möglichst zu ignoriren.

Knaben gebunden und ihm eine weisse Maus in den Mund gesteckt; der sei vor Schreck darüber gestorben. Dr. K.... habe ihr erzählt, dass er eine ganze Kiste voll weisser Ratten nach Tiflis geschickt. Dabei treten alle Zeichen des Grausens höchst plastisch hervor. Sie krampft mehrmals nach einander mit der Hand. — „Seien Sie still, reden Sie nichts, rühren Sie mich nicht an! — Wenn so ein Thier im Bett wäre! (Grausen.) Denken Sie sich, wenn das ausgepackt wird! Es ist eine todte Ratte darunter, eine an-ge-nagte!"

In der Hypnose bemühe ich mich, diese Thierhallucinationen zu verscheuchen. Während sie schläft, nehme ich die Frankfurter Zeitung zur Hand; ich finde in der That die Geschichte der Misshandlung eines Lehrbuben, aber ohne Beimengung von Mäusen oder Ratten. Das hat sie also während des Lesens hinzudelirirt.

Am Abend erzähle ich ihr von unserer Unterhaltung über die weissen Mäuse. Sie weiss nichts davon, ist sehr erstaunt und lacht herzlich.[1]

Am Nachmittage war ein sogenannter „Genickkrampf"[2] gewesen, aber „nur kurz, von zweistündiger Dauer".

Am 8. Mai abends fordere ich sie in der Hypnose zum Reden auf, was ihr nach einiger Anstrengung gelingt. Sie spricht leise, besinnt sich jedesmal einen Moment, ehe sie Antwort gibt. Ihre Miene verändert sich entsprechend dem Inhalt ihrer Erzählung und wird ruhig, sobald meine Suggestion dem Eindruck der Erzählung ein Ende gemacht hat. Ich stelle die Frage, warum sie so leicht erschrickt. Sie antwortet: Das sind Erinnerungen aus frühester Jugend. — Wann? — Zuerst mit 5 Jahren, als meine Geschwister so oft todte Thiere nach mir warfen, da bekam ich den ersten Ohnmachtsanfall mit Zuckungen, aber meine Tante sagte, das sei abscheulich, solche Anfälle darf man nicht haben, und da haben sie aufgehört. Dann mit 7 Jahren, als ich unvermuthet

[1] Eine solche plötzliche Einschiebung eines Deliriums in den wachen Zustand war bei ihr nichts Seltenes und wiederholte sich noch oft unter meiner Beobachtung. Sie pflegte zu klagen, dass sie oft im Gespräch die verdrehtesten Antworten gebe, so dass ihre Leute sie nicht verstünden. Bei unserem ersten Besuch antwortete sie mir auf die Frage, wie alt sie sei, ganz ernsthaft: Ich bin eine Frau aus dem vorigen Jahrhundert. Wochen später klärte sie mich auf, sie hätte damals im Delirium an einen schönen alten Schrank gedacht, den sie auf der Reise als Liebhaberin antiker Möbel erworben. Auf diesen Schrank bezog sich die Zeitbestimmung, als meine Frage nach ihrem Alter zu einer Aussage über Zeiten Anlass gab.

[2] Eine Art von Migräne.

meine Schwester im Sarge gesehen, dann mit 8 Jahren, als mich mein Bruder so häufig durch weisse Tücher als Gespenst erschreckte, dann mit 9 Jahren, als ich die Tante im Sarge sah, und ihr — plötzlich — der Unterkiefer herunterfiel.

Die Reihe von traumatischen Anlässen, die mir als Antwort auf meine Frage mitgetheilt wird, warum sie so schreckhaft sei, liegt offenbar in ihrem Gedächtniss bereit; sie hätte in dem kurzen Moment von meiner Frage bis zu ihrer Beantwortung derselben die Anlässe aus zeitlich verschiedenen Perioden ihrer Jugend nicht so schnell zusammensuchen können. Am Schlusse einer jeden Theilerzählung bekommt sie allgemeine Zuckungen und zeigt ihre Miene Schreck und Grausen, nach der letzten reisst sie den Mund weit auf und schnappt nach Athem. Die Worte, welche den schreckhaften Inhalt des Erlebnisses mittheilen, werden mühselig, keuchend hervorgestosen; nachher beruhigen sich ihre Züge.

Auf meine Frage bestätigt sie, dass sie während der Erzählung die betreffenden Scenen plastisch und in natürlichen Farben vor sich sehe. Sie denke an diese Erlebnisse überhaupt sehr häufig und habe auch in den letzten Tagen wieder daran gedacht. Sowie sie daran denke, sehe sie die Scene jedesmal vor sich mit aller Lebhaftigkeit der Realität.[1] Ich verstehe jetzt, warum sie mich so häufig von Thierscenen und Leichenbildern unterhält. Meine Therapie besteht darin, diese Bilder wegzuwischen, so dass sie dieselben nicht wieder vor Augen bekommen kann. Zur Unterstützung der Suggestion streiche ich ihr mehrmals über die Augen.

9. Mai abends. Sie hat ohne erneuerte Suggestion gut geschlafen, aber morgens Magenschmerzen gehabt. Sie bekam dieselben schon gestern im Garten, wo sie zu lange mit ihren Kindern verweilte. Sie gestattet, dass ich den Besuch der Kinder auf 2½ Stunden einschränke; vor wenigen Tagen noch hatte sie sich Vorwürfe gemacht, dass sie die Kinder allein lasse. Ich finde sie heute etwas erregt, mit krauser Stirne, Schnalzen und Sprachstocken. Während der Massage erzählt sie uns, dass ihr die Gouvernante der Kinder einen culturhistorischen Atlas gebracht, und dass sie über Bilder darin, welche als Thiere verkleidete Indianer darstellen, so heftig erschrocken sei. „Denken Sie, wenn die lebendig würden!“ (Grausen.)

In der Hypnose frage ich, warum sie sich vor diesen Bildern so geschreckt, da sie sich doch vor Thieren nicht mehr fürchte? Sie

[1] Dies Erinnern in lebhaften visuellen Bildern gaben uns viele andere Hysterische an und betonten es ganz besonders für die pathogenen Erinnerungen.

hätten sie an Visionen erinnert, die sie beim Tode ihres Bruders gehabt. (Mit 19 Jahren.) Ich spare diese Erinnerung für später auf. Ferner frage ich, ob sie immer mit diesem Stottern gesprochen und seit wann sie den Tick (das eigenthümliche Schnalzen) habe.[1] Das Stottern sei eine Krankheitserscheinung, und den Tick habe sie seit 5 Jahren, seitdem sie einmal beim Bett der sehr kranken jüngeren Tochter sass und sich ganz ruhig verhalten wollte. — Ich versuche die Bedeutung dieser Erinnerung abzuschwächen, der Tochter sei ja nichts geschehen u. s. w. Sie: es komme jedesmal wieder, wenn sie sich ängstige oder erschrecke. — Ich trage ihr auf, sich vor den Indianerbildern nicht zu fürchten, vielmehr herzlich darüber zu lachen und mich selbst darauf aufmerksam zu machen. So geschieht es auch nach dem Erwachen; sie sucht das Buch, fragt, ob ich es eigentlich schon gesehen habe, schlägt mir das Blatt auf und lacht aus vollem Halse über die grotesken Figuren, ohne jede Angst, mit ganz glatten Zügen. Dr. Breuer kommt plötzlich zu Besuch in Begleitung dss Hausarztes. Sie erschrickt und schnalzt, so dass die Beiden uns sehr bald verlassen. Sie erklärt ihre Erregung dadurch, dass sie das jedesmalige Miterscheinen des Hausarztes unangenehm berühre.

Ich hatte in der Hypnose ferner den Magenschmerz durch Streichen weggenommen und gesagt, sie werde nach dem Essen die Wiederkehr des Schmerzes zwar erwarten, er aber doch ausbleiben.

Abends. Sie ist zum erstenmal heiter und gesprächig, entwickelt einen Humor, den ich bei dieser ernsten Frau nicht gesucht hätte, und macht sich unter anderem im Vollgefühl ihrer Besserung über die Behandlung meines ärztlichen Vorgängers lustig. Sie hätte schon lange die Absicht gehabt, sich dieser Behandlung zu entziehen, konnte aber die Form nicht finden, bis eine zufällige Bemerkung von Dr. Breuer, der sie einmal besuchte, sie auf einen Ausweg brachte. Da ich über diese Mittheilung erstaunt scheine, erschrickt sie, macht sich die heftigsten Vorwürfe, eine Indiscretion begangen zu haben, lässt sich aber von mir anscheinend beschwichtigen. — Keine Magenschmerzen, trotzdem sie dieselben erwartet hat.

In der Hypnose frage ich nach weiteren Erlebnissen, bei denen sie nachhaltig erschrocken sei. Sie bringt eine zweite solche Reihe aus ihrer späteren Jugend ebenso prompt wie die erstere und versichert wiederum, dass sie alle diese Scenen häufig, lebhaft und in Farben vor sich sehe. Wie sie ihre Cousine ins Irrenhaus führen sah (mit

[1] Im Wachen hatte ich auf die Frage nach der Herkunft des Tick die Antwort erhalten: Ich weiss nicht; oh, schon sehr lange.

15 Jahren); sie wollte um Hilfe rufen, konnte aber nicht und verlor die Sprache bis zum Abend dieses Tages. Da sie in ihrer wachen Unterhaltung so häufig von Irrenhäusern spricht, unterbreche ich sie und frage nach den anderen Gelegenheiten, bei denen es sich um Irre gehandelt hat. Sie erzählt, ihre Mutter war selbst einige Zeit im Irrenhaus. Sie hätten einmal eine Magd gehabt, deren Frau lange im Irrenhaus war, und die ihr Schauergeschichten zu erzählten pflegte, wie dort die Kranken an Stühle angebunden seien, gezüchtigt werden u. dgl. Dabei krampfen sich ihre Hände vor Grausen, sie sieht dies alles vor Augen. Ich bemühe mich, ihre Vorstellungen von einem Irrenhaus zu corrigiren, versichere ihr, sie werde von einer solchen Anstalt hören können, ohne eine Beziehung auf sich zu verspüren, und dabei glättet sich ihr Gesicht.

Sie fährt in der Aufzählung ihrer Schreckerinnerungen fort: Wie sie ihre Mutter, vom Schlage gerührt, auf dem Boden liegen fand (mit 15 Jahren), die dann noch 4 Jahre lebte, und wie sie mit 19 Jahren einmal nach Hause kam und die Mutter todt fand, mit verzerrtem Gesicht. Diese Erinnerungen abzuschwächen, bereitet mir natürlich grössere Schwierigkeiten, ich versichere nach längerer Auseinandersetzung, dass sie auch dieses Bild nur verschwommen und kraftlos wiedersehen wird. — Ferner wie sie mit 19 Jahren unter einem Stein, den sie aufgehoben, eine Kröte gefunden und darüber die Sprache für Stunden verloren.[1]

Ich überzeuge mich in dieser Hypnose, dass sie alles weiss, was in der vorigen Hypnose vorgekommen, während sie im Wachen nichts davon weiss.

Am 10. Mai morgens: Sie hat heute zum erstenmal anstatt eines warmen Bades ein Kleienbad genommen. Ich finde sie mit verdriesslichem, krausem Gesicht, die Hände in einen Shawl eingehüllt, über Kälte und Schmerzen klagend. Befragt, was ihr sei, erzählt sie, sie habe in der zu kurzen Wanne unbequem gesessen und davon Schmerzen bekommen. Während der Massage beginnt sie, dass sie sich doch wegen des gestrigen Verrathes an Dr. Breuer kränke; ich beschwichtige sie durch die fromme Lüge, dass ich von Anfang an darum wusste, und damit ist ihre Aufregung (Schnalzen, Gesichtscontractur) behoben. So macht sich jedesmal schon während der Massage mein Einfluss geltend, sie wird ruhiger und klarer und findet auch ohne hypnotisches Befragen die Gründe ihrer jedesmaligen Verstimmung. Auch das Gespräch, das sie während des Massirens mit mir führt,

[1] An die Kröte muss sich wohl eine besondere Symbolik geknüpft haben, die ich zu ergründen leider nicht versucht habe.

ist nicht so absichtslos, als es den Anschein hat; es enthält vielmehr die ziemlich vollständige Reproduction der Erinnerungen und neuen Eindrücke, die sie seit unserem letzten Gespräch beeinflusst haben, und läuft oft ganz unerwartet auf pathogene Reminiscenzen aus, die sie sich unaufgefordert abspricht. Es ist, als hätte sie sich mein Verfahren zu eigen gemacht und benützte die anscheinend ungezwungene und vom Zufall geleitete Conversation zur Ergänzung der Hypnose. So kommt sie z. B. heute auf ihre Familie zu reden und gelangt auf allerlei Umwegen zur Geschichte eines Cousins, der ein beschränkter Sonderling war und dem seine Eltern sämmtliche Zähne auf einem Sitze ziehen liessen. Diese Erzählung begleitet sie mit den Geberden des Grausens und mit mehrfacher Wiederholung ihrer Schutzformel (Seien sie still! — Reden Sie nichts! — Rühren Sie mich nicht an!). Darauf wird ihre Miene glatt, und sie ist heiter. So wird ihr Benehmen während des Wachens doch durch die Erfahrungen geleitet, die sie im Somnambulismus gemacht hat, von denen sie im Wachen nichts zu wissen glaubt.

In der Hypnose wiederhole ich die Frage, was sie verstimmt hat, und erhalte dieselben Antworten, aber in umgekehrter Reihenfolge: 1. ihre Schwatzhaftigkeit von gestern, 2. die Schmerzen vom unbequemen Sitzen im Bade. — Ich frage heute, was die Redensart: Seien Sie still etc. bedeutet. Sie erklärt, wenn sie ängstliche Gedanken habe, fürchte sie, in ihrem Gedankengange unterbrochen zu werden, weil sich dann alles verwirre und noch ärger sei. Das „Seien Sie still“ beziehe sich darauf, dass die Thiergestalten, die ihr in schlechten Zuständen erscheinen, in Bewegung gerathen und auf sie losgehen, wenn jemand vor ihr eine Bewegung mache; endlich die Mahnung: „Rühren Sie mich nicht an“ komme von folgenden Erlebnissen: Wie ihr Bruder vom vielen Morphin so krank war und so grässliche Anfälle hatte (mit 19 Jahren) habe er sie oft plötzlich angepackt; dann sei einmal ein Bekannter in ihrem Hause plötzlich wahnsinnig geworden und habe sie am Arme gefasst; (ein dritter ähnlicher Fall, an den sie sich nicht genauer besinnt) und endlich, wie ihre Kleine so krank gewesen (mit 28 Jahren), habe sie sie im Delirium so heftig gepackt, dass sie fast erstickt wäre. Diese 4 Fälle hat sie — trotz der grossen Zeitdifferenzen — in einem Satz und so rasch hinter einander erzählt, als ob sie ein einzelnes Ereigniss in 4 Acten bilden würden. Alle ihre Mittheilungen solcher gruppirter Traumen beginnen übrigens mit „Wie“ und die einzelnen Partialtraumen sind durch „und“ an einander gereiht.

Da ich merke, dass die Schutzformel dazu bestimmt ist, sie vor der Wiederkehr ähnlicher Erlebnisse zu bewahren, benehme ich ihr diese Furcht durch Suggestion, und ich habe wirklich die Formel nicht wieder von ihr gehört.

Abends finde ich sie sehr heiter. Sie erzählt lachend, dass sie im Garten über einen kleinen Hund, der sie angebellt, erschrocken ist. Doch ist das Gesicht ein wenig verzogen und eine innere Erregung vorhanden, die erst schwindet, nachdem sie mich befragt, ob ich eine Bemerkung von ihr übel genommen, die sie während der Frühmassage gemacht hatte, und ich dies verneint. Die Periode ist heute nach kaum 14tägiger Pause wieder eingetreten. Ich verspreche ihr Regelung durch hypnotische Suggestion und bestimme in der Hypnose ein Intervall von 28 Tagen.[1]

In der Hypnose frage ich ferner, ob sie sich erinnere, was sie mir zuletzt erzählt hat, und habe dabei eine Aufgabe im Sinne, die uns von gestern abends übrig geblieben ist. Sie beginnt aber correcter Weise mit dem „Rühren Sie mich nicht an“ der Vormittagshypnose. Ich führe sie also auf das gestrige Thema zurück. Ich hatte gefragt: Woher das Stottern gekommen sei. und die Antwort bekommen: Ich weiss es nicht.[2] Darum hatte ich ihr aufgetragen, sich bis zur heutigen Hypnose daran zu erinnern. Heute antwortet sie also ohne weiteres Nachdenken, aber in grosser Erregung und mit spastisch erschwerter Sprache: Wie einmal die Pferde mit dem Wagen, in dem die Kinder sassen, durchgegangen sind, und wie ein andermal ich mit den Kindern während eines Gewitters durch den Wald fuhr, und der Blitz gerade in einen Baum vor den Pferden einschlug, und die Pferde scheuten und ich mir dachte: Jetzt musst du ganz stille bleiben, sonst erschreckst du die Pferde noch mehr durch dein Schreien, und der Kutscher kann sie gar nicht zurückhalten: von da an ist es aufgetreten. Diese Erzählung hat sie ungemein erregt; ich erfahre noch von ihr, dass das Stottern gleich nach dem ersten der beiden Anlässe aufgetreten, aber nach kurzer Zeit verschwunden sei, um vom zweiten ähnlichen Anlass an stetig zu bleiben. Ich lösche die plastische Erinnerung an

[1] welches auch zutraf.

[2] Die Antwort: „Ich weiss es nicht,“ mochte richtig sein, konnte aber ebensowohl die Unlust bedeuten, von den Gründen zu reden. Ich habe später bei anderen Kranken die Erfahrung gemacht, dass sie sich auch in der Hypnose um so schwerer an etwas besannen, je mehr Anstrengung sie dazu verwendet hatten, das betreffende Ereigniss aus ihrem Bewusstsein zu drängen.

diese Scenen aus, fordere sie aber auf, sich dieselben nochmals vorzustellen. Sie scheint es zu versuchen und bleibt dabei ruhig, auch spricht sie von da an in der Hypnose ohne jenes spastische Stocken.[1]

Da ich sie disponirt finde, mir Aufschlüsse zu geben, stelle ich die weitere Frage, welche Ereignisse ihres Lebens sie noch ferner derart erschreckt haben, dass sie die plastische Erinnerung an sie bewahrt hat. Sie antwortet mit einer Sammlung solcher Erlebnisse: Wie sie ein Jahr nach dem Tode ihrer Mutter bei einer ihr befreundeten Französin war und dort mit einem andern Mädchen in's nächste Zimmer geschickt wurde, um ein Lexikon zu holen und dann aus dem Bette eine Person sich erheben sah, die genau so aussah wie jene, die sie eben verlassen hatte. Sie blieb steif wie angewurzelt stehen. Später hörte sie, es sei eine hergerichtete Puppe gewesen. Ich erkläre diese Erscheinung für eine Hallucination, appellire an ihre Aufklärung, und ihr Gesicht glättet sich.

Wie sie ihren kranken Bruder gepflegt und er in Folge des Morphins so grässliche Anfälle bekam, in denen er sie erschreckte und anpackte. Ich merke, dass sie von diesem Erlebniss schon heute früh gesprochen, und frage sie darum zur Probe, wann dieses „Anpacken“ noch vorgekommen. Zu meiner freudigen Ueberraschung besinnt sie sich diesmal lange mit der Antwort und fragt endlich unsicher: Die Kleine? An die beiden anderen Anlässe (s. o.) kann sie sich gar nicht besinnen. Mein Verbot, das Auslöschen der Erinnerungen, hat also gewirkt. — Weiter: Wie sie ihren Bruder gepflegt und die Tante plötzlich den bleichen Kopf über den Paravent gestreckt, die gekommen war, um ihn zum katholischen Glauben zu bekehren. — Ich merke, dass ich hiemit an die Wurzel ihrer beständigen Furcht vor Ueberraschungen gekommen bin, und frage, wann sich solche noch zugetragen haben. — Wie sie zu Hause einen Freund hatten, der es liebte, sich ganz leise in's Zimmer zu schleichen, und dann plötzlich da stand; wie sie nach dem Tode der Mutter so krank wurde, in einen Badeort kam; und dort eine Geisteskranke durch Irrthum mehrmals bei Nacht in ihr Zimmer und bis an ihr Bett kam; und endlich wie

[1] Wie man hier erfährt, sind das tickähnliche Schnalzen und das spastische Stottern der Patientin zwei Symptome, die auf ähnliche Veranlassungen und einen analogen Mechanismus zurückgehen. Ich habe diesem Mechanismus in einem kleinen Aufsatze: „Ein Fall von hypnotischer Heilung nebst Bemerkungen über den hysterischen Gegenwillen“ (Zeitschrift für Hypnotismus, Bd. I) Aufmerksamkeit geschenkt, werde übrigens auch hier darauf zurückkommen.

auf ihrer Reise von Abbazia hieher ein fremder Mann 4mal plötzlich ihre Coupéthür aufmachte und sie jedesmal starr ansah. Sie erschrak darüber so sehr, dass sie den Schaffner rief.

Ich verwische alle diese Erinnerungen, wecke sie auf und versichere ihr, dass sie diese Nacht gut schlafen werde, nachdem ich es unterlassen, ihr die entsprechende Suggestion in der Hypnose zu geben. Für die Besserung ihres Allgemeinzustandes zeugt ihre Bemerkung, sie habe heute nichts gelesen, sie lebe so in einem glücklichen Traum, sie, die sonst vor innerer Unruhe beständig etwas thun musste.

11. Mai früh. Auf heute ist das Zusammentreffen mit dem Gynaekologen Dr. N . . angesagt, der ihre älteste Tochter wegen ihrer menstrualen Beschwerden untersuchen soll. Ich finde Frau Emmy in ziemlicher Unruhe, die sich aber jetzt durch geringfügigere körperliche Zeichen äussert als früher; auch ruft sie von Zeit zu Zeit: Ich habe Angst, solche Angst, ich glaube, ich muss sterben. Wovor sie denn Angst habe, ob vor Dr. N . .? Sie wisse es nicht, sie habe nur Angst. In der Hypnose, die ich noch vor dem Eintreffen des Collegen vornehme, gesteht sie, sie fürchte, mich durch eine Aeusserung gestern während der Massage, die ihr unhöflich erschien, beleidigt zu haben. Auch fürchte sie sich vor allem Neuen, also auch vor dem neuen Doctor. Sie lässt sich beschwichtigen, fährt vor Dr. N . . zwar manchmal zusammen, benimmt sich aber sonst gut und zeigt weder Schnalzen noch Sprechhemmung. Nach seinem Fortgehen versetze ich sie neuerdings in Hypnose, um die etwaigen Reste der Erregung von seinem Besuch her wegzunehmen. Sie ist mit ihrem Benehmen selbst sehr zufrieden, setzt auf seine Behandlung grosse Hoffnungen, und ich suche ihr an diesem Beispiel zu zeigen, dass man sich vor dem Neuen nicht zu fürchten brauche, da es auch das Gute in sich schliesse.[1]

Abends ist sie sehr heiter und entledigt sich vieler Bedenklichkeiten in dem Gespräch vor der Hypnose. In der Hypnose frage ich, welches Ereigniss ihres Lebens die nachhaltigste Wirkung geübt habe und am öftesten als Erinnerung bei ihr auftauche. — Der Tod ihres Mannes. — Ich lasse mir dieses Erlebniss mit allen Einzelheiten von ihr erzählen, was sie mit den Zeichen tiefster Ergriffenheit thut, aber ohne alles Schnalzen und Stottern.

[1] Alle solche lehrhafte Suggestionen schlugen bei Frau Emmy fehl, wie die Folge gezeigt hat.

Wie sie in einem Orte an der Riviera, den sie beide sehr liebten, einst über eine Brücke gegangen und er von einem Herzkrampf ergriffen, plötzlich umsank, einige Minuten wie leblos dalag, dann aber wohlbehalten aufstand. Wie dann kurze Zeit darauf, als sie im Wochenbett mit der Kleinen lag, der Mann, der an einem kleinen Tisch vor ihrem Bett frühstückte und die Zeitung las, plötzlich aufstand, sie so eigenthümlich ansah, einige Schritte machte und dann todt zu Boden fiel. Sie sei aus dem Bette; die herbeigeholten Aerzte hätten Belebungsversuche gemacht, die sie aus dem anderen Zimmer mitangehört; aber es sei vergebens gewesen. Sie fährt dann fort: Und wie das Kind, das damals einige Wochen alt war, so krank geworden und durch 6 Monate krank geblieben sei, während welcher Zeit sie selbst mit heftigem Fieber bettlägerig war; — und nun folgen chronologisch geordnet ihre Beschwerden gegen dieses Kind, die mit ärgerlichem Gesichtsausdruck rasch hervorgestossen werden, wie wenn man von jemandem spricht, dessen man überdrüssig geworden ist. Es sei lange Zeit sehr eigenthümlich gewesen, hätte immer geschrien und nicht geschlafen, eine Lähmung des linken Beines bekommen, an deren Heilung man fast verzweifelte; mit 4 Jahren habe es Visionen gehabt, sei erst spät gegangen und habe spät gesprochen, so dass man es lange für idiotisch hielt; es habe nach der Aussage der Aerzte Gehirn- und Rückenmarksentzündung gehabt, und was nicht alles sonst. Ich unterbreche sie hier, weise darauf hin, dass dieses selbe Kind heute normal und blühend sei, und nehme ihr die Möglichkeit, alle diese traurigen Dinge wieder zu sehen, indem ich nicht nur die plastische Erinnerung verlösche, sondern die ganze Reminiscenz aus ihrem Gedächtniss löse, als ob sie nie darin gewesen wäre. Ich verspreche ihr davon das Aufhören der Unglückserwartung, die sie beständig quält, und der Schmerzen im ganzen Körper, über die sie gerade während der Erzählung geklagt hatte, nachdem mehrere Tage von ihnen nicht die Rede gewesen war.[1]

---

[1] Ich bin diesmal in meiner Energie wohl zu weit gegangen. Noch $1^1/_2$ Jahre später, als ich Frau Emmy in relativ hohem Wohlbefinden wiedersah, klagte sie mir, es sei merkwürdig, dass sie sich an gewisse, sehr wichtige Momente ihres Lebens nur höchst ungenau erinnern könne. Sie sah darin einen Beweis für die Abnahme ihres Gedächtnisses, während ich mich hüten musste, ihr die Erklärung für diese specielle Amnesie zu geben. Der durchschlagende Erfolg der Therapie in diesem Punkte rührte wohl auch daher, dass ich mir diese Erinnerung so ausführlich erzählen liess (weit ausführlicher, als es die Notizen bewahrt haben), während ich mich sonst zu oft mit blossen Erwähnungen begnügte.

Zu meiner Ueberraschung beginnt sie unmittelbar nach dieser meiner Suggestion von dem Fürsten L . . zu reden, dessen Entweichung aus einem Irrenhause damals von sich reden machte, kramt neue Angstvorstellungen über Irrenhäuser aus, dass dort die Leute mit eiskaltem Douchen auf den Kopf behandelt, in einen Apparat gesetzt und so lange gedreht würden, bis sie ruhig sind. Ich hatte sie vor 3 Tagen, als sie über die Irrenhausfurcht zuerst klagte, nach der ersten Erzählung, dass die Kranken dort auf Sessel gebunden würden, unterbrochen. Ich merke, dass ich dadurch nichts erreiche, dass ich mir's doch nicht ersparen kann, sie in jedem Punkt bis zu Ende anzuhören. Nachdem dies nachgeholt ist, nehme ich ihr auch die neuen Schreckbilder weg, appellire an ihre Aufklärung, und dass sie mir doch mehr glauben darf als dem dummen Mädchen, von dem sie die Schauergeschichten über die Einrichtung der Irrenhäuser hat. Da ich bei diesen Nachträgen doch gelegentlich etwas Stottern bemerke, frage ich sie von Neuem, woher das Stottern rührt. — Keine Antwort. — Wissen Sie es nicht? — Nein. — Ja warum nicht? — Warum? Weil ich nicht darf (was heftig und ärgerlich hervorgestossen wird). Ich glaube in dieser Aeusserung einen Erfolg meiner Suggestion zu sehen, sie äussert aber das Verlangen, aus der Hypnose geweckt zu werden, dem ich willfahre.[1]

12. Mai. Sie hat wider mein Erwarten kurz und schlecht geschlafen. Ich finde sie in grosser Angst, übrigens ohne die gewohnten körperlichen Zeichen derselben. Sie will nicht sagen, was ihr ist; nur, dass sie schlecht geträumt hat und noch immer dieselben Dinge sieht. „Wie grässlich, wenn die lebendig werden sollten.“ Während der Massage macht sie einiges durch Fragen ab, wird dann heiter, erzählt von ihrem Verkehr auf ihrem Witwensitz an der Ostsee, von den bedeutenden Männern, die sie aus der benachbarten Stadt als Gäste zu laden pflegt und dgl.

---

[1] Ich verstand diese kleine Scene erst am nächsten Tag. Ihre ungeberdige Natur, die sich im Wachen wie im künstlichen Schlaf gegen jeden Zwang aufbäumte, hatte sie darüber zornig werden lassen, dass ich ihre Erzählung für vollendet nahm und sie durch meine abschliessende Suggestion unterbrach. Ich habe viele andere Beweise dafür, dass sie meine Arbeit in ihrem hypnotischen Bewusstsein kritisch überwachte. Wahrscheinlich wollte sie mir den Vorwurf machen, dass ich sie heute in der Erzählung störe, wie ich sie vorhin bei den Irrenhausgräueln gestört hatte, getraute sich dessen aber nicht, sondern brachte diese Nachträge anscheinend unvermittelt vor, ohne den verbindenden Gedankengang zu verrathen. Am nächsten Tag klärte mich dann eine verweisende Bemerkung über meinen Fehlgriff auf.

Hypnose. Sie hat schrecklich geträumt, die Stuhlbeine und Sessellehnen waren alle Schlangen, ein Ungeheuer mit einem Geierschnabel hat auf sie losgehackt und sie am ganzen Körper angefressen, andere wilde Thiere sind auf sie losgesprungen und dgl. Dann übergeht sie sofort auf andere Thierdelirien, die sie aber durch den Zusatz ausgezeichnet: Das war wirklich (kein Traum). Wie sie (früher einmal) nach einem Knäuel Wolle greifen wollte, und der war eine Maus und lief weg, wie auf einem Spaziergang eine grosse Kröte plötzlich auf sie losgesprungen u. s. f. Ich merke, dass mein generelles Verbot nichts gefruchtet hat, und dass ich ihr solche Angsteindrücke einzeln abnehmen muss.[1] Auf irgend einem Weg kam ich dann dazu, sie zu fragen, warum sie auch Magenschmerzen bekommen habe, und woher diese stammen. Ich glaube, Magenschmerzen begleiteten bei ihr jeden Anfall von Zoopsie. Ihre ziemlich unwillige Antwort war, das wisse sie nicht. Ich gab ihr auf, sich bis Morgen daran zu erinnern. Nun sagte sie recht mürrisch, ich solle nicht immer fragen, woher das und jenes komme, sondern sie erzählen lassen, was sie mir zu sagen habe. Ich gehe darauf ein, und sie setzt ohne Einleitung fort: Wie sie ihn herausgetragen haben, habe ich nicht glauben können, dass er todt ist. (Sie spricht also wieder von ihrem Manne, und ich erkenne jetzt als Grund ihrer Verstimmung, dass sie unter dem zurückgehaltenen Rest dieser Geschichte gelitten hat). Und dann habe sie durch 3 Jahre das Kind gehasst, weil sie sich immer gesagt, sie hätte den Mann gesund pflegen können, wenn sie nicht des Kindes wegen zu Bette gelegen wäre. Und dann habe sie nach dem Tode ihres Mannes nur Kränkungen und Aufregungen gehabt. Seine Verwandten, die stets gegen die Heirat waren und sich dann darüber ärgerten, dass sie so glücklich lebten, hätten ausgesprengt, dass sie selbst ihn vergiftet, so dass sie eine Untersuchung verlangen wollte. Durch einen abscheulichen Winkelschreiber hätten die Verwandten ihr alle möglichen Processe angehängt. Der Schurke schickte Agenten herum, die gegen sie hetzten, liess schmähende Artikel gegen sie in die Localzeitungen aufnehmen und schickte ihr dann die Ausschnitte zu. Von daher stamme ihre Leutescheu und ihr Hass gegen alle fremden Menschen. Nach den

[1] Ich habe leider in diesem Falle versäumt, nach der Bedeutung der Zoopsie zu forschen, etwa sondern zu wollen, was an der Thierfurcht primäres Grausen war, wie es vielen Neuropathen von Jugend auf eigen ist, und was Symbolik.

beschwichtigenden Worten, die ich an ihre Erzählung knüpfe, erklärt sie sich für erleichtert.

13. Mai. Sie hat wieder wenig geschlafen vor Magenschmerzen, gestern kein Nachtmahl genommen, klagt auch über Schmerzen im rechten Arm. Ihre Stimmung ist aber gut, sie ist heiter und behandelt mich seit gestern mit besonderer Auszeichnung. Sie fragt mich nach meinem Urtheil über die verschiedensten Dinge, die ihr wichtig erscheinen, und geräth in eine ganz unverhältnissmässige Erregung, wenn ich z. B. nach den Tüchern, die bei der Massage benöthigt werden, suchen muss und dgl. Schnalzen und Gesichtstick treten häufig auf.

Hypnose: Gestern abends ist ihr plötzlich der Grund eingefallen, weshalb kleine Thiere, die sie sehe, so in's Riesige wachsen. Das sei ihr das erste Mal in einer Theatervorstellung in D.. geschehen, wo eine riesig grosse Eidechse auf der Bühne war. Diese Erinnerung habe sie gestern auch so sehr gepeinigt.[1]

Dass das Schnalzen wiedergekehrt, rühre daher, dass sie gestern Unterleibsschmerzen gehabt und sich bemüht dieselben nicht durch Seufzer zu verrathen. Von dem eigentlichen Anlass des Schnalzens (vgl. p. 46) weiss sie nichts. Sie erinnert sich auch, dass ich ihr die Aufgabe gestellt herauszufinden, woher die Magenschmerzen stammen. Sie wisse es aber nicht, bittet mich, ihr zu helfen. Ich meine, ob sie sich nicht einmal nach grossen Aufregungen zum Essen genöthigt. Das trifft zu. Nach dem Tode ihres Mannes entbehrte sie eine lange Zeit hindurch jeder Esslust, ass nur aus Pflichtgefühl, und damals begannen wirklich die Magenschmerzen. — Ich nehme jetzt die Magenschmerzen durch einige Striche über das Epigastrium weg. Sie beginnt dann spontan von dem zu sprechen, was sie am meisten afficirt hat: „Ich habe gesagt, dass ich die Kleine nicht geliebt habe. Ich muss aber hinzufügen, dass man es an meinem Benehmen nicht merken konnte. Ich habe alles gethan, was nothwendig war. Ich mache mir jetzt noch Vorwürfe, dass ich die Aeltere lieber habe."

---

[1] Das visuelle Erinnerungszeichen der grossen Eidechse war zu dieser Bedeutung gewiss nur durch das zeitliche Zusammentreffen mit einem grossen Affect gelangt, dem sie während jener Theatervorstellung unterlegen sein muss. Ich habe mich aber in der Therapie dieser Kranken, wie schon eingestanden, häufig mit den oberflächlichsten Ermittlungen begnügt und auch in diesem Falle nicht weiter nachgeforscht. — Man wird übrigens an die hysterische Makropsie erinnert. Frau Emmy war hochgradig kurzsichtig und astigmatisch, und ihre Hallucinationen mochten oft durch die Undeutlichkeit ihrer Gesichtswahrnehmungen provocirt worden sein.

14. Mai. Sie ist wohl und heiter, hat bis halb 8 Uhr früh geschlafen, klagt nur über etwas Schmerzen im Radialisgebiet der Hand, Kopf- und Gesichtsschmerzen. Das Aussprechen vor der Hypnose gewinnt immer mehr an Bedeutung. Sie hat heute fast nichts Grässliches vorzubringen. Sie beklagt sich über Schmerz und Gefühllosigkeit im rechten Bein, erzählt, dass sie 1871 eine Unterleibsentzündung durchgemacht, dann, kaum erholt, ihren kranken Bruder gepflegt und dabei die Schmerzen bekommen, die selbst zeitweise eine Lähmung des rechten Fusses herbeiführten.

In der Hypnose frage ich, ob es ihr jetzt schon möglich sein werde, sich unter Menschen zu bewegen, oder ob die Furcht noch überwiege. Sie meint, es sei ihr noch unangenehm, wenn jemand hinter ihr oder knapp neben ihr steht, erzählt in diesem Zusammenhange noch Fälle von unangenehmen Ueberraschungen durch plötzlich auftauchende Personen. So seien einmal, als sie auf Rügen einen Spaziergang mit ihren Töchtern gemacht, zwei verdächtig aussehende Individuen hinter einem Gebüsche hervorgekommen und hätten sie insultirt. In Abbazia sei auf einem abendlichen Spaziergange plötzlich ein Bettler hinter einem Stein hervorgetreten, der dann vor ihr niedergekniet. Es soll ein harmloser Wahnsinniger gewesen sein; ferner erzählt sie von einem nächtlichen Einbruch in ihrem isolirt stehenden Schloss, der sie sehr erschreckt hat.

Es ist aber leicht zu merken, dass diese Furcht vor Menschen wesentlich auf die Verfolgungen zurückgeht, denen sie nach dem Tode ihres Mannes ausgesetzt war.[1]

Abends. Anscheinend sehr heiter, empfängt sie mich doch mit dem Ausrufe: „Ich sterbe vor Angst, oh, ich kann es Ihnen fast nicht sagen, ich hasse mich.“ Ich erfahre endlich, dass Dr. Breuer sie besucht hat, und dass sie bei seinem Erscheinen zusammengefahren ist. Als er es bemerkte, versicherte sie ihm: Nur diesesmal, und es that ihr in meinem Interesse so sehr leid, dass sie diesen Rest von früherer Schreckhaftigkeit noch verrathen musste! Ich hatte überhaupt in diesen Tagen Gelegenheit gehabt, zu bemerken, wie herbe sie gegen sich ist, wie leicht bereit, sich aus den kleinsten Nachlässigkeiten, — wenn die Tücher für die Massage nicht am selben Platze liegen, wenn die Zeitung nicht in die Augen springend vorbereitet ist, die ich lesen

[1] Ich war damals geneigt, für alle Symptome bei einer Hysterie eine psychische Herkunft anzunehmen. Heute würde ich die Angstneigung bei dieser abstinent lebenden Frau neurotisch erklären. (Angstneurose.)

soll, während sie schläft, — einen schweren Vorwurf zu machen. Nachdem die erste, oberflächlichste Schichte von quälenden Reminiscenzen abgetragen ist, kommt ihre sittlich überempfindliche, mit der Neigung zur Selbstverkleinerung behaftete Persönlichkeit zum Vorscheine, der ich im Wachen wie in der Hypnose vorsage, was eine Umschreibung des alten Satzes „minima non curat praetor" ist, dass es zwischen dem Guten und dem Schlechten eine ganze grosse Gruppe von indifferenten, kleinen Dingen gibt, aus denen sich niemand einen Vorwurf machen soll. Ich glaube, sie nimmt diese Lehren nicht viel besser auf als irgend ein asketischer Mönch des Mittelalters, der den Finger Gottes und die Versuchung des Teufels in jedem kleinsten Erlebniss sieht, das ihn betrifft, und der nicht im Stande ist, sich die Welt nur für eine kleine Weile und in irgend einer kleinen Ecke ohne Beziehung auf seine Person vorzustellen.

In der Hypnose bringt sie einzelne Nachträge an schreckhaften Bildern (so in Abbazia blutige Köpfe auf jeder Woge.) Ich lasse mir von ihr die Lehren wiederholen, die ich ihr im Wachen ertheilt habe.

15. Mai. Sie hat bis $^1/_2$9 Uhr geschlafen, ist aber gegen morgens unruhig geworden und empfängt mich mit leichtem Tick, Schnalzen und etwas Sprachhemmung. „Ich sterbe vor Angst." Erzählt auf Befragen, dass die Pension, in der die Kinder hier untergebracht sind, sich im 4. Stock befinde und mittelst eines Lifts zu erreichen sei. Sie habe nun gestern verlangt, dass die Kinder diesen Lift auch zum Herunterkommen benützen, und mache sich jetzt Vorwürfe darüber, da der Lift nicht ganz verlässlich sei. Der Pensionsbesitzer habe es selbst gesagt. Ob ich die Geschichte der Gräfin Sch. . . kenne, die in Rom bei einem derartigen Unfalle todt geblieben sei? Ich kenne nun die Pension und weiss, dass der Aufzug Privateigenthum des Pensionsbesitzers ist; es scheint mir nicht leicht möglich, dass der Mann, der sich dieses Aufzuges in seiner Annonce rühmt, selbst vor dessen Benützung gewarnt haben solle. Ich meine, da liegt eine von der Angst eingegebene Erinnerungstäuschung vor, theile ihr meine Ansicht mit und bringe sie ohne Mühe dazu, dass sie selbst über die Unwahrscheinlichkeit ihrer Befürchtung lacht. Eben darum kann ich nicht glauben, dass dies die Ursache ihrer Angst war, und nehme mir vor, die Frage an ihr hypnotisches Bewusstsein zu richten. Während der Massage, die ich nach mehrtägiger Unterbrechung heute wieder vornehme, erzählt sie einzelne, lose aneinder gereihte Geschichten, die aber wahr sein mögen, so von einer Kröte, die in einem Keller ge-

funden wurde, von einer excentrischen Mutter, die ihr idiotisches Kind auf eigenthümliche Weise pflegte, von einer Frau, die wegen Melancholie in ein Irrenhaus gesperrt wurde, und lässt so erkennen, was für Reminiscenzen durch ihren Kopf ziehen, wenn sich ihrer eine unbehagliche Stimmung bemächtigt hat. Nachdem sie sich dieser Erzählungen entledigt hat, wird sie sehr heiter, berichtet von ihrem Leben auf ihrem Gut, von den Beziehungen, die sie zu hervorragenden Männern Deutsch-Russlands und Norddeutschlands unterhält, und es fällt mit wahrlich schwer, diese Fülle von Bethätigung mit der Vorstellung einer so arg nervösen Frau zu vereinen.

In der Hypnose frage ich also: warum sie heute morgens so unruhig war, und erhalte anstatt des Bedenkens über den Lift die Auskunft, sie habe gefürchtet, die Periode werde wiederkehren und sie wiederum an der Massage stören.[1]

[1] Der Hergang war also folgender gewesen: Als sie am Morgen aufwachte, fand sie sich in ängstlicher Stimmung und griff, um diese Stimmung aufzuklären, zur nächsten ängstlichen Vorstellung, die sich finden wollte. Ein Gespräch über den Lift im Hause der Kinder war am Nachmittag vorher vorgefallen. Die immer besorgte Mutter hatte die Gouvernante gefragt, ob die ältere Tochter, die wegen rechtsseitiger Ovarie und Schmerzen im rechten Bein nicht viel gehen konnte, den Lift auch zum Herunterkommen benütze. Eine Erinnerungstäuschung gestattete ihr dann, die Angst, deren sie sich bewusst war, an die Vorstellung dieses Aufzuges zu knüpfen. Den wirklichen Grund ihrer Angst fand in sie ihrem Bewusstsein nicht; der ergab sich erst, aber ohne jedes Zögern, als ich sie in der Hypnose darum befragte. Es war derselbe Vorgang, den Bernheim und Andere nach ihm bei den Personen studiert haben, die posthypnotisch einen in der Hypnose ertheilten Auftrag ausführen. Z. B. Bernheim (Die Suggestion, 31 der deutschen Uebersetzung) hat einem Kranken suggerirt, dass er nach dem Erwachen beide Daumen in den Mund stecken werde. Er thut es auch und entschuldigt sich damit, dass er seit einem Biss, den er sich Tags vorher im epileptiformen Anfall zugefügt, einen Schmerz in der Zunge empfinde. Ein Mädchen versucht, der Suggestion gehorsam, einen Mordanschlag auf einen ihr völlig fremden Gerichtsbeamten; erfasst und nach den Gründen ihrer That befragt, erfindet sie eine Geschichte von einer ihr zugefügten Kränkung, die eine Rache erforderte. Es scheint ein Bedürfniss vorzuliegen, psychische Phänomene, deren man sich bewusst wird, in causale Verknüpfung mit anderem Bewussten zu bringen. Wo sich die wirkliche Verursachung der Wahrnehmung des Bewusstseins entzieht, versucht man unbedenklich eine andere Verknüpfung, an die man selbst glaubt, obwohl sie falsch ist. Es ist klar, dass eine vorhandene Spaltung des Bewusstseinsinhaltes solchen „falschen Verknüpfungen" den grössten Vorschub leisten muss.

Ich will bei dem oben erwähnten Beispiel einer falschen Vernüpfung etwas länger verweilen, weil es in mehr als einer Hinsicht als vorbildlich bezeichnet werden darf. Vorbildlich zunächst für das Verhalten dieser Patientin, die mir im

Ich lasse mir ferner die Geschichte ihrer Beinschmerzen erzählen. Der Beginn ist derselbe wie gestern, dann folgt eine lange Reihe von Wechselfällen peinlicher und aufreibender Erlebnisse, zu deren Zeit

---

Verlaufe der Behandlung noch wiederholt Gelegenheit gab, mittelst der hypnotischen Aufklärung solche falsche Verknüpfungen zu lösen und die von ihnen ausgehenden Wirkungen aufzuheben. Einen Fall dieser Art will ich ausführlich erzählen, weil er die in Rede stehende psychologische Thatsache grell genug beleuchtet. Ich hatte Frau Emmy v. N . . . vorgeschlagen, anstatt der gewohnten lauen Bäder ein kühles Halbbad zu versuchen, von dem ich ihr mehr Erfrischung versprach. Sie leistete ärztlichen Anordnungen unbedingten Gehorsam, verfolgte dieselben aber jedesmal mit dem ärgsten Misstrauen. Ich habe schon berichtet, dass ihr ärztliche Behandlung fast niemals eine Erleichterung gebracht hatte. Mein Vorschlag, kühle Bäder zu nehmen, geschah nicht so autoritativ, dass sie nicht den Muth gefunden hätte, mir ihre Bedenken auszusprechen: „Jedesmal, so oft ich kühle Bäder genommen habe, bin ich den ganzen Tag über melancholisch gewesen. Aber ich versuche es wieder, wenn S i e w o l l e n; glauben Sie nicht, dass ich etwas nicht thue, was Sie sagen.“ Ich verzichtete zum Schein auf meinen Vorschlag, gab ihr aber in der nächsten Hypnose ein, sie möge nur die kühlen Bäder jetzt selbst vorschlagen, sie habe es sich überlegt, wolle doch noch den Versuch wagen u. s. w. So geschah es nun, sie nahm die Idee, kühle Halbbäder zu gebrauchen, selbst am nächsten Tage auf, suchte mich mit all den Argumenten dafür zu gewinnen, die ich ihr vorgetragen hatte, und ich gab ohne viel Eifer nach. Am Tage nach dem Halbbad fand ich sie aber wirklich in tiefer Verstimmung. „Warum sind Sie heute so? — Ich habe es ja vorher gewusst. Von dem kalten Bad, das ist immer so. — Sie haben es selbst verlangt. Jetzt wissen wir, dass Sie es nicht vertragen. Wir kehren zu den lauen Bädern zurück.“ — In der Hypnose fragte ich dann: „War es wirklich das kühle Bad, das Sie so verstimmt hat.“ — „Ach, das kühle Bad hat nichts damit zu thun,“ war die Antwort, „sondern ich habe heute früh in der Zeitung gelesen, dass eine Revolution in S. Domingo ausgebrochen ist. Wenn es dort Unruhen gibt, geht es immer über die Weissen her, und ich habe einen Bruder in S. Domingo, der uns schon soviel Sorge gemacht hat, und ich bin jetzt besorgt, dass ihm nicht etwas geschieht.“ Damit war die Angelegenheit zwischen uns erledigt, sie nahm am nächsten Morgen ihr kühles Halbbad, als ob es sich von selbst verstünde, und nahm es noch durch mehrere Wochen, ohne je eine Verstimmung auf dasselbe zurückzuführen.

Man wird mir gerne zugeben, dass dieses Beispiel auch typisch ist für das Verhalten so vieler anderer Neuropathen gegen die vom Arzt empfohlene Therapie. Ob es nun Unruhen in S. Domingo oder anderwärts sind, die an einem bestimmten Tag ein gewisses Symptom hervorrufen; der Kranke ist stets geneigt, dies Symptom von der letzten ärztlichen Beeinflussung herzuleiten. Von den beiden Bedingungen, welche für's Zustandekommen einer solchen falschen Verknüpfung erfordert werden, scheint die eine, das Misstrauen, jederzeit vorhanden zu sein; die andere, die Bewusstseinsspaltung, wird dadurch ersetzt, dass die meisten Neuropathen von den wirklichen Ursachen (oder wenigstens Gelegenheitsursachen), ihres Leidens theils keine Kenntniss haben, theils absichtlich keine Kenntniss

sie diese Beinschmerzen hatte, und durch deren Einwirkung dieselben jedesmal sich verstärkten, selbst bis zu einer doppelseitigen Beinlähmung mit Gefühlsverlust. Aehnlich ist es mit den Armschmerzen,

---

nehmen wollen, weil sie ungerne an den Antheil erinnert sind, den eigenes Verschulden daran trägt.

Man könnte meinen, dass die bei Neuropathen ausserhalb der Hysterie hervorgehobenen psychischen Bedingungen der Unwissenheit oder absichtlichen Vernachlässigung günstiger für die Entstehung einer falschen Verknüpfung sein müssen als das Vorhandensein einer Bewusstseinsspaltung, die doch dem Bewusstsein Material für causale Beziehung entzieht. Allein diese Spaltung ist selten eine reinliche, meist ragen Stücke des unterbewussten Vorstellungscomplexes in's gewöhnliche Bewusstsein hinein, und gerade diese geben den Anlass zu solchen Störungen. Gewöhnlich ist es die mit dem Complex verbundene Allgemeinempfindung, die Stimmung der Angst, der Trauer, die, wie im obigen Beispiel, bewusst empfunden wird und für die durch eine Art von „Zwang zur Association" eine Verknüpfung mit einem im Bewusstsein vorhandenen Vorstellungscomplex hergestellt werden muss. (Vgl. übrigens den Mechanismus der Zwangsvorstellung, den ich in einer Mittheilung im Neurolog. Centralblatt. Nr. 10 u. 11. 1894, angegeben habe. Auch: Obsessions et phobies, Revue neurologique, Nr. 2, 1895.)

Von der Macht eines solchen Zwanges zur Association habe ich mich unlängst durch Beobachtungen auf anderem Gebiete überzeugen können. Ich musste durch mehrere Wochen mein gewohntes Bett mit einem härteren Lager vertauschen, auf dem ich wahrscheinlich mehr oder lebhafter träumte, vielleicht nur die normale Schlaftiefe nicht erreichen konnte. Ich wusste in der ersten Viertelstunde nach dem Erwachen alle Träume der Nacht und gab mir die Mühe, sie niederzuschreiben und mich an ihrer Lösung zu versuchen. Es gelang mir, diese Träume sämmtlich auf zwei Momente zurückzuführen: 1. auf die Nöthigung zur Ausarbeitung solcher Vorstellungen, bei denen ich tagsüber nur flüchtig verweilt hatte, die nur gestreift und nicht erledigt worden waren, und 2. auf den Zwang, die im selben Bewusstseinszustand vorhandenen Dinge mit einander zu verknüpfen. Auf das freie Walten des letzteren Momentes war das Sinnlose und Widerspruchsvolle der Träume zurückzuführen.

Dass die zu einem Erlebniss gehörige Stimmung und der Inhalt desselben ganz regelmässig in abweichende Beziehung zum primären Bewusstsein treten können, habe ich an einer anderen Patientin, Frau Cäcilie M., gesehen, die ich weitaus gründlicher als jede andere hier erwähnte Kranke kennen lernte. Ich habe bei dieser Dame die zahlreichsten und überzeugendsten Beweise für einen solchen psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene gesammelt, wie wir ihn in dieser Arbeit vertreten, bin aber leider durch persönliche Umstände verhindert, diese Krankengeschichte, auf die ich mich gelegentlich zu beziehen gedenke, ausführlich mitzutheilen. Frau Cäcilie M. war zuletzt in einem eigenthümlichen hysterischen Zustande, der gewiss nicht vereinzelt dasteht, wenngleich ich nicht weiss, ob er je erkannt worden ist. Man könnte ihn als „hysterische Tilgungspsychose" bezeichnen. — Die Patientin hatte zahlreiche psychische Traumen erlebt und lange Jahre in einer chronischen Hysterie mit sehr mannigfaltigen Erscheinungen

die gleichfalls während einer Krankenpflege gleichzeitig mit den Genickkrämpfen begannen. Ueber die „Genickkrämpfe“ erfahre ich nur Folgendes. Sie haben eigenthümliche Zustände von Unruhe mit Verstimmung abgelöst, die früher da waren, und bestehen in einem „eisigen Packen“ im Genick, mit Steifwerden und schmerzhafter Kälte aller Extremitäten, Unfähigkeit zu sprechen und voller Prostration. Sie dauern 6—12 Stunden. Meine Versuche, diesen Symptomcomplex als Reminiscenz zu entlarven, schlagen fehl. Die dahin zielenden Fragen, ob sie der Bruder, den sie im Delirium pflegte, einmal am Genick gepackt, werden verneint; sie weiss nicht, woher diese Anfälle rühren.[1]

---

zugebracht. Die Gründe aller dieser Zustände waren ihr und anderen unbekannt, ihr glänzend ausgestattetes Gedächtnis wies die auffälligsten Lücken auf; ihr Leben sei ihr wie zerstückelt, klagte sie selbst. Eines Tages brach plötzlich eine alte Reminiscenz in plastischer Anschaulichkeit mit aller Frische der neuen Empfindung über sie herein, und von da an lebte sie durch fast 3 Jahre alle Traumen ihres Lebens — längst vergessen geglaubte und manche eigentlich nie erinnerte — von Neuem durch mit dem entsetzlichsten Aufwand von Leiden und der Wiederkehr aller Symptome, die sie je gehabt. Diese „Tilgung alter Schulden“ umfasste einen Zeitraum von 33 Jahren und gestattete, von jedem ihrer Zustände die oft sehr complicirte Determinirung zu erkennen. Man konnte ihr Erleichterung nur dadurch bringen, dass man ihr Gelegenheit gab, sich die Reminiscenz, die sie gerade quälte, mit allem dazugehörigen Aufwand an Stimmung und deren körperlichen Aeusserungen in der Hypnose abzusprechen, und wenn ich verhindert war, dabei zu sein, so dass sie vor einer Person sprechen musste, gegen welche sie sich genirt fühlte, so geschah es einige Male, dass sie dieser ganz ruhig die Geschichte erzählte und mir nachträglich in der Hypnose all das Weinen, all die Aeusserungen der Verzweiflung brachte, mit welchen sie die Erzählung eigentlich hätte begleiten wollen. Nach einer solchen Reinigung in der Hypnose war sie einige Stunden ganz wohl und gegenwärtig. Nach kurzer Zeit brach die der Reihe nach nächste Reminiscenz herein. Diese schickte aber die dazu gehörige Stimmung um Stunden voraus. Sie wurde reizbar oder ängstlich oder verzweifelt, ohne je zu ahnen, dass diese Stimmung nicht der Gegenwart, sondern dem Zustande angehöre, der sie zunächst befallen werde. In dieser Zeit des Ueberganges machte sie dann regelmässig eine falsche Verknüpfung, an der sie bis zur Hypnose hartnäckig festhielt. So z. B. empfing sie mich einmal mit der Frage: „Bin ich nicht eine verworfene Person, ist das nicht ein Zeichen der tiefsten Vorworfenheit, dass ich Ihnen gestern diess gesagt habe?“ Was sie Tags vorher gesagt hatte, war mir wirklich nicht geeignet, diese Verdammung irgendwie zu rechtfertigen; sie sah es nach kurzer Erörterung auch sehr wohl ein, aber die nächste Hypnose brachte eine Reminiscenz zum Vorschein, bei deren Anlass sie sich vor 12 Jahren einen schweren Vorwurf gemacht hatte, an dem sie in der Gegenwart übrigens gar nicht mehr festhielt.

[1] Bei nachheriger Ueberlegung muss ich mir sagen, dass diese „Genickkrämpfe“ organisch bedingte, der Migräne analoge Zustände gewesen sein mögen. Man sieht in praxi mehr derartige Zustände, die nicht beschrieben sind und die eine so auffällige Uebereinstimmung mit dem classischen Anfall von Hemicranie

Abends. Sie ist sehr heiter, entwickelt überhaupt prächtigen Humor. Mit dem Lift sei es allerdings nicht so gewesen, wie sie mir gesagt hatte. Er sollte nur unter einem Vorwand nicht für die Fahrt abwärts benützt werden. Eine Menge Fragen, an denen nichts Krankhaftes ist. Sie hat peinlich starke Schmerzen im Gesicht, in der Hand längs der Daumenseite und im Bein gehabt. Sie fühle Steifigkeit und Gesichtsschmerzen, wenn sie längere Zeit ruhig gesessen sei oder auf einen Punkt gestarrt habe. Das Heben eines schwereren Gegenstandes verursache ihr Armschmerzen. — Die Untersuchung des rechten Beines ergibt ziemlich gute Sensibilität am Oberschenkel, hochgradige Anästhesie am Unterschenkel und Fuss, mindere in der Backen- und Lendengegend.

In der Hypnose gibt sie an, sie habe noch gelegentliche Angstvorstellungen, wie, es könnte ihren Kindern etwas geschehen, sie könnten

---

zeigen, dass man gerne die Begriffsbestimmung der letzteren erweitern und die Localisation des Schmerzes an die zweite Stelle drängen wollte. Wie bekannt, pflegen viele neuropathische Frauen mit dem Migränanfall hysterische Anfälle (Zuckungen und Delirien) zu verbinden. So oft ich den Genickkrampf bei Frau Emmy sah, war auch jedesmal ein Anfall von Delirium dabei.

Was die Arm- und Beinschmerzen angeht, so denke ich, dass hier ein Fall der nicht sehr interessanten, aber um so häufigeren Art der Determinirung durch zufällige Coincidenz vorlag. Sie hatte solche Schmerzen während jener Zeit der Aufregung und Krankenpflege gehabt, in Folge der Erschöpfung stärker als sonst empfunden, und diese, ursprünglich mit jenen Erlebnissen nur zufällig associirten Schmerzen wurden dann in ihrer Erinnerung als das körperliche Symbol des Associationscomplexes wiederholt. Ich werde von beweisenden Beispielen für diesen Vorgang in der Folge noch mehrere anführen können. Wahrscheinlich waren die Schmerzen ursprünglich rheumatische d. h., um dem viel missbrauchten Worte einen bestimmten Sinn zu geben, solche Schmerzen, die hauptsächlich in den Muskeln sitzen, bei denen bedeutende Druckempfindlichkeit und Consistenzveränderung der Muskeln nachzuweisen ist, die sich am heftigsten nach längerer Ruhe oder Fixirung der Extremität äussern, also am Morgen, die auf Einübung der schmerzhaften Bewegung sich bessern und durch Massage zum Verschwinden zu bringen sind. Diese myogenen Schmerzen, bei allen Menschen sehr häufig, gelangen bei den Neuropathen zu grosser Bedeutung; sie werden von ihnen mit Unterstützung der Aerzte, die nicht die Gewohnheit haben, die Muskeln mit dem Fingerdruck zu prüfen, für nervöse gehalten und geben das Material für unbestimmt viele hysterische Neuralgien, sogenannte Ischias u. dgl. ab. Auf die Beziehungen dieses Leidens zur gichtischen Disposition will ich hier nur kurz hinweisen. Mutter und zwei Schwestern meiner Patientin hatten an Gicht (oder chronischem Rheumatismus) im hohen Grade gelitten. Ein Theil der Schmerzen, über welche sie damals klagte, mochte auch gegenwärtiger Natur sein. Ich weiss es nicht; ich hatte damals noch keine Uebung in der Beurtheilung dieses Zustandes der Muskeln.

krank werden oder nicht am Leben bleiben, ihr Bruder, der jetzt auf der Hochzeitsreise sei, könnte einen Unfall erleiden, seine Frau sterben, weil alle Geschwister so kurz verheirathet waren. Andere Befürchtungen sind ihr nicht zu entlocken. Ich verweise ihr das Bedürfnis, sich zu ängstigen, wo kein Grund vorliegt. Sie verspricht es zu unterlassen, „weil Sie es verlangen“. Weitere Suggestionen für die Schmerzen, das Bein u. s. w.

16. Mai. Sie hat gut geschlafen, klagt noch über Schmerzen im Gesicht, Arm, Beinen, ist sehr heiter. Die Hypnose fällt ganz unergiebig aus. Faradische Pinselung des anästhetischen Beines.

Abends. Sie erschrickt gleich bei meinem Eintreten. — „Gut, dass Sie kommen. Ich bin so erschrocken.“ — Dabei alle Zeichen des Grausens, Stottern, Tick. Ich lasse mir zuerst im Wachen erzählen, was es gegeben hat, wobei sie das Entsetzen mit gekrümmten Fingern und vorgestreckten Händen vortrefflich darstellt. — Im Garten ist eine ungeheuere Maus plötzlich über ihre Hand gehuscht und dann plötzlich verschwunden, es huschte überhaupt beständig hin und her (Illusion spielender Schatten?). Auf den Bäumen sassen lauter Mäuse. — Hören Sie nicht die Pferde im Circus stampfen? — Daneben stöhnt ein Herr, ich glaube, er hat Schmerzen nach der Operation. — Bin ich denn auf Rügen, habe ich dort so einen Ofen gehabt? — Sie ist auch verworren unter der Fülle von Gedanken, die sich in ihr kreuzen, und in dem Bemühen, die Gegenwart herauszufinden. Auf Fragen nach gegenwärtigen Dingen, z. B. ob die Töchter heute da waren, weiss sie nicht zu antworten.

Ich versuche die Entwirrung dieses Zustandes in der Hypnose.

Hypnose. Wovor haben Sie sich denn geängstigt? — Sie wiederholt die Mäusegeschichte mit allen Zeichen des Entsetzens; auch sei, als sie über die Treppe ging, ein scheussliches Thier da gelegen und gleich verschwunden. Ich erkläre das für Hallucinationen, verweise ihr die Furcht vor Mäusen, die komme nur bei Trinkern vor (die sie sehr verabscheut). Ich erzähle ihr die Geschichte vom Bischof Hatto, die sie auch kennt und mit ärgstem Grausen anhört. — „Wie kommen Sie denn auf den Circus?“ — Sie hört deutlich aus der Nähe, wie die Pferde in den Ställen stampfen und sich dabei im Halfter verwickeln, wodurch sie sich beschädigen können. Der Johann pflege dann immer hinauszugehen und sie loszubinden. — Ich bestreite ihr die Nähe des Stalles und das Stöhnen des Nachbars. Ob sie wisse, wo sie ist? — Sie weiss es, aber sie glaubte früher, auf Rügen zu sein. — Wie

sie zu dieser Erinnerung kommt? — Sie sprachen im Garten davon, dass es an einer Stelle so heiss sei, und da sei ihr die schattenlose Terrasse auf Rügen eingefallen. — Was für traurige Erinnerungen sie denn an den Aufenthalt in Rügen habe? — Sie bringt die Reihe derselben vor. Sie habe dort die furchtbarsten Arm- und Beinschmerzen bekommen, sei mehrmals bei Ausflügen in den Nebel gerathen, so dass sie den Weg verfehlt, zweimal auf Spaziergängen von einem Stier verfolgt worden u. s. w. — Wieso sie heute zu diesem Anfall gekommen? — Ja, wieso? Sie habe sehr viele Briefe geschrieben, drei Stunden lang und dabei einen eingenommenen Kopf bekommen. — Ich kann also annehmen, dass die Ermüdung diesen Anfall von Delirium herbeigeführt hat, dessen Inhalt durch solche Anklänge wie die schattenlose Stelle im Garten etc. bestimmt wurde. — Ich wiederhole alle die Lehren, die ich ihr zu geben pflege, und verlasse sie eingeschläfert.

17. Mai. Sie hat sehr gut geschlafen. Im Kleienbad, das sie heute nahm, hat sie mehrmals aufgeschrien, weil sie die Kleie für kleine Würmer hielt. Ich weiss dies von der Wärterin; sie mag es nicht gerne erzählen, ist fast ausgelassen heiter, unterbricht sich aber häufig mit Schreien „Huh“, Grimassen, die das Entsetzen ausdrücken, zeigt auch mehr Stottern als je in den letzten Tagen. Sie erzählt, dass sie in der Nacht geträumt, sie gehe auf lauter Blutegeln. In der Nacht vorher hatte sie grässliche Träume, musste so viele Todte schmücken und in den Sarg legen, wollte aber nie den Deckel darauf geben. (Offenbar eine Reminiscenz an ihren Mann, s. o.) Erzählt ferner, dass ihr im Leben eine Menge von Abenteuern mit Thieren passirt seien, das grässlichste mit einer Fledermaus, die sich in ihrem Toiletteschrank eingefangen, wobei sie damals unangekleidet aus dem Zimmer lief. Ihr Bruder schenkte ihr darauf, um sie von dieser Angst zu curiren, eine schöne Broche in Gestalt einer Fledermaus; sie konnte dieselbe aber nie tragen.

In der Hypnose: Ihre Angst vor Würmern rühre daher, dass sie einmal ein schönes Nadelkissen geschenkt bekommen, aus welchem am nächsten Morgen, als sie es gebrauchen wollte, lauter kleine Würmer hervorkrochen, weil die zur Füllung verwendete Kleie nicht ganz trocken war. (Hallucination? Vielleicht thatsächlich.) Ich frage nach weiteren Thiergeschichten. Als sie einmal mit ihrem Manne in einem Petersburger Park spazieren ging, sei der ganze Weg bis zum Teich mit Kröten besetzt gewesen, so dass sie umkehren mussten. Sie habe Zeiten gehabt, in denen sie niemand die Hand reichen konnte aus

Furcht, diese verwandle sich in ein scheussliches Thier, wie es so oft der Fall gewesen war. Ich versuche sie von der Thierangst zu befreien, indem ich die Thiere einzeln durchgehe und frage, ob sie sich vor ihnen fürchte. Sie antwortet bei den einen „Nein“, bei den anderen: „Ich darf mich nicht fürchten“.[1] Ich frage, warum sie heute und gestern so gezuckt und gestottert. Das thue sie immer, wenn sie so schreckhaft sei.[2] — Warum sie aber gestern so schreckhaft gewesen? — Im Garten sei ihr allerlei eingefallen, was sie drückte. Vor allem, wie sie verhindern könne, dass sich wieder etwas bei ihr anhäufe, nachdem sie aus der Behandlung entlassen sei. — Ich wiederhole ihr die drei Trostgründe, die ich ihr schon im Wachen gegeben: 1. Sie sei überhaupt gesünder und widerstandsfähiger geworden. 2. Sie werde sich gewöhnen, sich gegen irgend eine ihr nahe stehende Person auszusprechen. 3. Sie werde eine ganze Menge von Dingen, die sie bisher gedrückt, fortan zu den indifferenten zählen. — Es habe sie ferner gedrückt, dass sie mir nicht für mein spätes Kommen gedankt, dass sie gefürchtet, ich werde wegen ihres letzten Rückfalles die Geduld mit ihr verlieren. Es habe sie sehr ergriffen und geängstigt, dass der Hausarzt im Garten einen Herrn gefragt habe, ob er schon Muth zur Operation habe. Die Frau sass dabei; sie selbst musste denken, wenn dies nun der letzte Abend des armen Mannes wäre. Mit dieser letzten Mittheilung scheint die Verstimmung gelöst zu sein![3]

---

[1] Es war kaum eine gute Methode, die ich da verfolgte. Dies alles war nicht erschöpfend genug gemacht.

[2] Mit der Zurückführung auf die beiden initialen Traumen sind Stottern und Schnalzen nicht völlig beseitigt worden, obwohl von da ab eine auffällige Verminderung der beiden Symptome eintrat. Die Erklärung für diese Unvollständigkeit des Erfolges gab die Kranke selbst (vergl. p. 43). Sie hatte sich angewöhnt, jedesmal zu schnalzen und zu stottern, so oft sie erschrak, und so hingen diese Symptome schliesslich nicht an den initialen Traumen allein, sondern an einer langen Kette von ihnen associierten Erinnerungen, die wegzuwischen ich unterlassen hatte. Es ist dies ein Fall, der häufig genug vorkommt und jedesmal die Eleganz und Vollständigkeit der therapeutischen Leistung durch die kathartische Methode beeinträchtigt.

[3] Ich erfuhr hier zum ersten Male, wovon ich mich später unzählige Male überzeugen konnte, dass bei der hypnotischen Lösung eines frischen hysterischen Deliriums die Mittheilung des Kranken die chronologische Reihenfolge umkehrt, zuerst die letzterfolgten und minderwichtigen Eindrücke und Gedankenverbindungen mittheilt und erst am Schlusse auf den primären, wahrscheinlich causal wichtigsten Eindruck kommt.

Abends ist sie sehr heiter und zufrieden. Die Hypnose liefert gar kein Ergebnis. Ich beschäftige mich mit der Behandlung der Muskelschmerzen und mit der Herstellung den Sensibilität am rechten Bein, was in der Hypnose sehr leicht gelingt; die hergestellte Empfindlichkeit ist nach dem Erwachen aber zum Theil wieder verloren gegangen. Ehe ich sie verlasse, äussert sie ihre Verwunderung darüber, dass sie so lange keinen Genickkrampf gehabt, der sonst vor jedem Gewitter aufzutreten pflegte.

18. Mai. Sie hat heute Nacht geschlafen, wie es seit Jahren nicht mehr vorgekommen, klagt aber seit dem Bad über Kälte im Genick, Zusammenziehen und Schmerzen im Gesicht, in den Händen und Füssen, ihre Züge sind gespannt, ihre Hände in Krampfstellungen. Die Hypnose weist keinerlei psychischen Inhalt dieses Zustandes von „Genickkrampf“ nach, den ich dann durch Massage im Wachen bessere.[1]

Ich hoffe, der vorstehende Auszug aus der Chronik der ersten drei Wochen wird hinreichen, ein anschauliches Bild von dem Zustand der Kranken, von der Art meiner therapeutischen Bemühung und von deren Erfolg zu geben. Ich gehe daran, die Krankengeschichte zu vervollständigen.

---

[1] Ihre Verwunderung am Abend vorher, dass sie so lange keinen Genickkrampf gehabt, war also eine Ahnung des nahenden Zustandes, der sich damals schon vorbereitete und im Unbewussten bemerkt wurde. Diese merkwürdige Form der Ahnung war bei der vorhin erwähnten Frau Cäcilie M. etwas ganz Gewöhnliches. Jedesmal, wenn sie mir im besten Wohlbefinden etwa sagte: „Jetzt habe ich mich schon lange nicht bei Nacht vor Hexen gefürchtet“ oder: „Wie froh bin ich. dass mein Augenschmerz so lange ausgeblieben ist,“ konnte ich sicher sein, dass die nächste Nacht der Wärterin den Dienst durch die ärgste Hexenfurcht erschweren, oder dass der nächste Zustand mit dem gefürchteten Schmerz im Auge beginnen werde. Es war jedesmal ein Durchschimmern dessen, was im Unbewussten bereits fertig vorgebildet lag, und das ahnungslose „officielle“ Bewusstsein (nach Charcots Bezeichnung) verarbeitete die als plötzlicher Einfall auftauchende Vorstellung zu einer Aeusserung der Befriedigung, die immer rasch und sicher genug Lügen gestraft wurde. Frau Cäcilie, eine hochintelligente Dame, der ich auch viel Förderung im Verständniss hysterischer Symptome verdanke, machte mich selbst darauf aufmerksam, dass solche Vorkommnisse Anlass zum bekannten Aberglauben des Beschreiens und Berufens gegeben haben mögen. Man soll sich keines Glückes rühmen, andererseits auch den Teufel nicht an die Wand malen, sonst kommt er. Eigentlich rühmt man sich des Glückes erst dann, wenn das Unglück schon lauert, und man fasst die Ahnung in die Form des Rühmens, weil hier der Inhalt der Reminiscenz früher auftaucht als die dazu gehörige Empfindung, weil im Bewusstsein also ein erfreulicher Contrast vorhanden ist.

Das zuletzt beschriebene hysterische Delirium war auch die letzte erheblichere Störung im Befinden der Frau Emmy v. N. Da ich nicht selbständig nach Krankheitssymptomen und deren Begründung forschte, sondern zuwartete, bis sich etwas zeigte oder sie mir einen beängstigenden Gedanken eingestand, wurden die Hypnosen bald unergiebig und wurden von mir meistens dazu verwendet, ihr Lehren zu ertheilen, die in ihren Gedanken stets gegenwärtig bleiben und sie davor schützen sollten, zu Hause neuerdings in ähnliche Zustände zu verfallen. Ich stand damals völlig unter dem Banne des Bernheim'schen Buches über die Suggestion und erwartete mehr von solcher lehrhafter Beeinflussung, als ich heute erwarten würde. Das Befinden meiner Patientin hob sich in kurzer Zeit so sehr, dass sie versicherte, sich seit dem Tode ihres Mannes nicht ähnlich wohl gefühlt zu haben. Ich entliess sie nach im Ganzen 7wöchentlicher Behandlung in ihre Heimath an der Ostsee.

Nicht ich, sondern Dr. Breuer erhielt nach etwa 7 Monaten Nachricht von ihr. Ihr Wohlbefinden hatte mehrere Monate angehalten und war dann einer neuerlichen psychischen Erschütterung erlegen. Ihre älteste Tochter, die bereits während des ersten Aufenthaltes in Wien es der Mutter an Genickkrämpfen und leichteren hysterischen Zuständen gleich gethan hatte, die vor Allem an Schmerzen beim Gehen in Folge einer Retroflexio uteri litt, war auf meinen Rath von Dr. N. . ., einem unserer angesehensten Gynaekologen, behandelt worden, der ihr den Uterus durch Massage aufrichtete, so dass sie mehrere Monate frei von Beschwerden blieb. Als sich diese zu Hause wieder einstellten, wandte sich die Mutter an den Gynaekologen der nächsten Universitätsstadt, welcher dem Mädchen eine combinirte locale und allgemeine Therapie angedeihen liess, die aber zu einer schweren nervösen Erkrankung des Kindes führte. Wahrscheinlich zeigte sich hierin bereits die pathologische Veranlagung des damals 17jährigen Mädchens, die ein Jahr später in einer Charakterveränderung manifest wurde. Die Mutter, die das Kind mit ihrem gewohnten Gemische von Ergebung und Misstrauen den Aerzten überlassen hatte, machte sich nach dem unglücklichen Ausgang dieser Cur die allerheftigsten Vorwürfe, gelangte auf einem Gedankenwege, dem ich nicht nachgespürt habe, zum Schluss, dass wir beide, Dr. N. . . und ich, Schuld an der Erkrankung des Kindes trügen, weil wir ihr das schwere Leiden der Kleinen als leicht dargestellt, hob gewissermaassen durch einen Willensact die Wirkung meiner Behandlung auf und verfiel alsbald wieder in dieselben

Zustände, von denen ich sie befreit hatte. Ein hervorragender Arzt in ihrer Nähe, an den sie sich wandte, und Dr. Breuer, der brieflich mit ihr verkehrte, vermochten es zwar, sie zur Einsicht von der Unschuld der beiden Angeklagten zu bringen, allein die zu dieser Zeit gefasste Abneigung gegen mich blieb ihr als hysterischer Rest auch nach dieser Aufklärung übrig, und sie erklärte, es sei ihr unmöglich, sich wieder in meine Behandlung zu begeben. Nach dem Rath jener ärztlichen Autorität suchte sie Hilfe in einem Sanatorium Norddeutschlands, und ich theilte auf Breuer's Wunsch dem leitenden Arzte der Anstalt mit, welche Modification der hypnotischen Therapie sich bei ihr wirksam erwiesen hatte.

Dieser Versuch einer Uebertragung misslang ganz gründlich. Sie scheint sich von Anfang an mit dem Arzt nicht verstanden zu haben, erschöpfte sich im Widerstand gegen alles, was man mit ihr vornahm, kam herunter, verlor Schlaf und Esslust und erholte sich erst, nachdem eine Freundin, die sie in der Anstalt besuchte, sie eigentlich heimlich entführt und in ihrem Hause gepflegt hatte. Kurze Zeit darauf, genau 1 Jahr nach ihrem ersten Zusammentreffen mit mir, war sie wieder in Wien und gab sich wieder in meine Hände.

Ich fand sie weit besser, als ich sie mir nach den brieflichen Berichten vorgestellt hatte. Sie war beweglich, angstfrei; es hatte doch vieles gehalten, was ich im Vorjahre aufgerichtet hatte. Ihre Hauptklage war die über häufige Verworrenheit, „Sturm im Kopf“, wie sie es nannte; ausserdem war sie schlaflos, musste oft durch Stunden weinen und wurde zu einer bestimmten Zeit des Tages (5 Uhr) traurig. Es war dies die Zeit, um welche sie im Winter die im Sanatorium befindliche Tochter besuchen durfte. Sie stotterte und schnalzte sehr viel, rieb häufig wie wüthend die Hände an einander, und als ich sie fragte, ob sie viel Thiere sehe, antwortete sie nur: „O, seien Sie still.“

Beim ersten Versuch, sie in Hypnose zu versetzen, ballte sie die Fäuste, schrie: „Ich will keine Antipyrininjection, ich will lieber meine Schmerzen behalten. Ich mag den Dr. R... nicht, er ist mir antipathisch.“ Ich erkannte, dass sie in der Reminiscenz einer Hypnose in der Anstalt befangen sei, und sie beruhigte sich, als ich sie in die gegenwärtige Situation zurückbrachte.

Gleich zu Beginn der Behandlung machte ich eine lehrreiche Erfahrung. Ich hatte gefragt, seit wann das Stottern wiedergekommen sei, und sie hatte (in der Hypnose) zögernd geantwortet: seit dem Schreck,

den sie im Winter in D... gehabt. Ein Kellner des Gasthofs, in dem sie wohnte, hatte sich in ihrem Zimmer versteckt; sie habe das Ding in der Dunkelheit für einen Paletot gehalten, hingegriffen, und da sei der Mann plötzlich „in die Höhe geschossen“. Ich nehme ihr dieses Erinnerungsbild ab, und wirklich stottert sie von da an in der Hypnose wie im Wachen kaum merklich. Ich weiss nicht mehr, was mich bewog, hier die Probe auf den Erfolg zu versuchen. Als ich am Abend wiederkam, fragte ich sie anscheinend ganz harmlos, wie ich es denn machen solle, um bei meinem Weggehen, wenn sie im Schlafe liege, die Thüre so zu verschliessen, dass sich niemand hereinschleichen könne. Zu meinem Erstaunen erschrak sie heftig, begann mit Zähneknirschen und Händereiben, deutete an, sie habe einen heftigen Schreck in dieser Art in D... gehabt, war aber nicht zu bewegen, die Geschichte zu erzählen. Ich merkte, dass sie dieselbe Geschichte meine, die sie vormittags in der Hypnose erzählt, und die ich doch verwischt zu haben meinte. In der nächsten Hypnose erzählte sie nun ausführlicher und wahrheitsgetreuer. Sie war in ihrer Erregung am Abend auf dem Gange hin und her gegangen, fand die Thür zum Zimmer ihrer Kammerfrau offen und wollte eintreten, um sich dort niederzusetzen. Die Kammerfrau vertrat ihr den Weg, sie liess sich aber nicht abhalten, trat dennoch ein und bemerkte dann jenes dunkle Ding an der Wand, das sich als ein Mann erwies. Offenbar war es das erotische Moment dieses kleinen Abenteuers gewesen, was sie zu einer ungetreuen Darstellung veranlasst hatte. Ich hatte aber erfahren, dass eine unvollständige Erzählung in der Hypnose keinen Heileffect hat, gewöhnte mich, eine Erzählung für unvollständig zu halten, wenn sie keinen Nutzen brachte, und lernte es allmählich den Kranken an der Miene abzusehen, ob sie mir nicht ein wesentliches Stück der Beichte verschwiegen hätten.

Die Arbeit, die ich diesmal mit ihr vorzunehmen hatte, bestand in der hypnotischen Erledigung der unangenehmen Eindrücke, die sie während der Cur ihrer Tochter und während des eigenen Aufenthaltes in jener Anstalt in sich aufgenommen hatte. Sie war voll unterdrückter Wuth gegen den Arzt, der sie genöthigt hatte, in der Hypnose K..r..ö..t..e zu buchstabiren, und nahm mir das Versprechen ab, dieses Wort ihr niemals zuzumuthen. Ich erlaubte mir hier einen suggestiven Scherz, den einzigen, übrigens ziemlich harmlosen Missbrauch der Hypnose, dessen ich mich bei dieser Patientin anzuklagen habe. Ich versicherte ihr, der Aufenthalt in ***thal würde ihr so sehr in die Ferne entrückt sein, dass sie sich nicht einmal auf den Namen

besinnen und jedesmal, wenn sie ihn aussprechen wollte, sich zwischen ... berg, ... thal, ... wald u. dgl. irren werde. Es traf so zu, und bald war die Unsicherheit bei diesem Namen die einzige Sprachhemmung. die an ihr zu beobachten war, bis ich sie auf eine Bemerkung von Dr. Breuer von diesem Zwang zur Paramnesie befreite.

Länger als mit den Resten dieser Erlebnisse hatte ich mit den Zuständen zu kämpfen, die sie „Sturm im Kopfe“ benannte. Als ich sie zum ersten Male in solch einem Zustand sah, lag sie mit verzerrten Zügen auf dem Divan in unaufhörlicher Unruhe des ganzen Körpers, die Hände immer wieder gegen die Stirne gepresst, und rief dabei wie sehnsüchtig und rathlos den Namen „Emmy“, der ihr eigener wie der ihrer älteren Tochter war. In der Hypnose gab sie die Auskünfte, der Zustand sei die Wiederholung so vieler Anfälle von Verzweiflung, die sie während der Cur ihrer Tochter zu ergreifen pflegten, nachdem sie Stunden lange darüber nachgedacht, wie man den schlechten Erfolg der Behandlung corrigiren könne, ohne einen Ausweg zu finden. Als sie dann fühlte, dass sich ihre Gedanken verwirrten, gewöhnte sie sich daran, den Namen der Tochter laut zu rufen, um sich an ihm wieder zur Klarheit heraus zu arbeiten. Denn zu jener Zeit, als der Zustand der Tochter ihr neue Pflichten auferlegte und sie fühlte, dass die Nervosität wieder Macht über sie gewinne, habe sie bei sich festgesetzt, dass alles, was dieses Kind beträfe, der Verwirrung entzogen bleiben müsse, sollte auch alles andere in ihrem Kopfe drunter und drüber gehen.

Nach einigen Wochen waren auch diese Reminiscenzen überwunden, und Frau Emmy verblieb in vollkommenem Wohlbefinden noch einige Zeit in meiner Beobachtung. Grade gegen Ende ihres Aufenthaltes fiel etwas vor, was ich ausführlich erzählen will, weil diese Episode das hellste Licht auf den Charakter der Kranken und auf die Entstehungsweise ihrer Zustände wirft.

Ich besuchte sie einmal zur Zeit ihres Mittagsessens und überraschte sie dabei, wie sie etwas in Papier gehüllt in den Garten warf, wo es die Kinder des Hausdieners auffiengen. Auf mein Befragen bekannte sie, es sei ihre (trockene) Mehlspeise, die alle Tage denselben Weg zu gehen pflege. Diess gab mir Anlass, mich nach den Resten der anderen Gänge umzusehen, und ich fand auf den Tellern mehr übriggelassen, als sie verzehrt haben konnte. Zur Rede gestellt, warum sie so wenig esse, antwortete sie, sie sei nicht gewöhnt, mehr zu essen, auch würde es ihr schaden; sie habe dieselbe Natur wie

ihr seliger Vater, der gleichfalls ein schwacher Esser gewesen sei. Als ich mich erkundigte, was sie trinke, kam die Antwort, sie vertrage überhaupt nur dicke Flüssigkeiten, Milch, Kaffee, Cacao und dgl.; so oft sie Quellwasser oder Mineralwasser trinke, verderbe sie sich den Magen. Diess trug nun unverkennbar den Stempel einer nervösen Election. Ich nahm eine Harnprobe mit und fand den Harn sehr concentrirt und mit harnsauren Salzen überladen.

Ich erachtete es demnach für zweckmässig, ihr reichlicheres Trinken anzurathen, und nahm mir vor, auch ihre Nahrungsaufnahme zu steigern. Sie war zwar keineswegs auffällig mager, aber etwas Ueberernährung schien mir immerhin anstrebenswerth. Als ich ihr bei meinem nächsten Besuch ein alkalisches Wasser empfahl und die gewohnte Verwendung der Mehlspeise untersagte, gerieth sie in nicht geringe Aufregung. „Ich werde es thun, weil Sie es verlangen, aber ich sage Ihnen vorher, es wird schlecht ausgehen, weil es meiner Natur widerstrebt, und mein Vater war ebenso.“ Auf die in der Hypnose gestellte Frage, warum sie nicht mehr essen und kein Wasser trinken könne, kam ziemlich mürrisch die Antwort: „Ich weiss nicht“. Am nächsten Tage bestätigte mir die Wärterin, dass Frau Emmy ihre ganze Portion bewältigt und ein Glas des alkalischen Wassers getrunken habe. Sie selbst fand ich aber liegend, tief verstimmt und in sehr ungnädiger Laune. Sie klagte über sehr heftige Magenschmerzen: „Ich habe es Ihnen ja gesagt. Jetzt ist der ganze Erfolg wieder weg, um den wir uns so lange gequält haben. Ich habe mir den Magen verdorben wie immer, wenn ich mehr esse oder Wasser trinke, und muss mich wieder 5 bis 8 Tage ganz aushungern, bis ich etwas vertrage.“ Ich versicherte ihr, sie werde sich nicht aushungern müssen, es sei ganz unmöglich, dass man auf diese Weise sich den Magen verderbe; ihre Schmerzen rührten nur von der Angst her, mit der sie gegessen und getrunken. Offenbar hatte ich ihr mit dieser Aufklärung nicht den geringsten Eindruck gemacht, denn als ich sie bald darauf einschläfern wollte, misslang die Hypnose zum ersten Male, und an dem wüthenden Blicke, den sie mir zuschleuderte, erkannte ich, dass sie in voller Auflehnung begriffen, und dass die Situation sehr ernst sei. Ich verzichtete auf die Hypnose, kündigte ihr an, dass ich ihr eine 24 stündige Bedenkzeit lasse, um sich der Ansicht zu fügen, dass ihre Magenschmerzen nur von ihrer Furcht kämen; nach dieser Zeit werde ich sie fragen, ob sie noch meine, man könne sich den Magen auf 8 Tage hinaus durch

ein Glas Mineralwasser und eine bescheidene Mahlzeit verderben, und wenn sie bejahe, werde ich sie bitten abzureisen. Die kleine Scene stand in recht scharfem Contrast zu unseren, sonst sehr freundschaftlichen Beziehungen.

Ich traf sie 24 Stunden später demüthig und mürbe. Auf die Frage, wie sie über die Herkunft ihrer Magenschmerzen denke, antwortete sie, einer Verstellung unfähig: „Ich glaube, dass sie von meiner Angst kommen, aber nur, weil Sie es sagen.“ Jetzt versetzte ich sie in Hypnose und fragte neuerdings: „Warum können Sie nicht mehr essen?“

Die Antwort erfolgte prompt und bestand wieder in der Angabe einer chronologisch geordneten Reihe von Motiven aus der Erinnerung: „Wie ich ein Kind war, kam es oft vor, dass ich aus Unart bei Tisch mein Fleisch nicht essen wollte. Die Mutter war dann immer sehr streng, und ich musste bei schwerer Strafe 2 Stunden später das stehen gelassene Fleisch auf demselben Teller nachessen. Das Fleisch war ganz kalt geworden und das Fett so starr (Ekel), . . . und ich sehe die Gabel noch vor mir, . . . die eine Zinke war etwas verbogen. Wenn ich mich jetzt zu Tisch setze, sehe ich immer die Teller vor mir mit dem kalten Fleisch und dem Fett; und wie ich viele Jahre später mit meinem Bruder zusammenlebte, der Officier war und der die garstige Krankheit hatte; — ich wusste, dass es ansteckend ist, und hatte so eine grässliche Angst, mich in dem Besteck zu irren und seine Gabel und sein Messer zu nehmen (Grausen), und ich habe doch mit ihm zusammengespeist, damit niemand merkt, dass er krank ist; und w i e ich bald darauf meinen anderen Bruder gepflegt habe, der so lungenkrank war, da haben wir vor seinem Bett gegessen, und die Spuckschale stand immer auf dem Tisch und war offen (Grausen), . . . und er hatte die Gewohnheit, über die Teller weg in die Schale zu spucken, da habe ich mich immer so geekelt, und ich konnte es doch nicht zeigen, um ihn nicht zu beleidigen. Und diese Spuckschalen stehen immer noch auf dem Tisch, wenn ich esse, und da ekelt es mich noch immer.“ Ich räumte mit diesem Instrumentarium des Ekels natürlich gründlich auf und fragte dann, warum sie kein Wasser trinken könne. Als sie 17 Jahre alt war, verbrachte die Familie einige Monate in München, und fast alle Mitglieder zogen sich durch den Genuss des schlechten Trinkwassers Magenkatarrhe zu. Bei den Anderen wurde das Leiden durch ärztliche Anordnungen bald behoben, bei ihr hielt es an; auch das Mineralwasser, das ihr als Getränk empfohlen wurde,

besserte nichts. Sie dachte sich gleich, wie der Arzt ihr diese Verordnung gab: Das wird gewiss auch nichts nützen. Seither hatte sich diese Intoleranz gegen Quell- und Mineralwässer ungezählte Male wiederholt.

Die therapeutische Wirkung dieser hypnotischen Erforschung war eine sofortige und nachhaltige. Sie hungerte sich nicht 8 Tage lang aus, sondern ass und trank schon am nächsten Tag ohne alle Beschwerden. Zwei Monate später schrieb sie in einem Brief: „Ich esse sehr gut und habe um vieles zugenommen. Von dem Wasser habe ich schon 40 Flaschen getrunken. Glauben Sie, soll ich damit fortfahren?"

Ich sah Frau v. N.. im Frühjahr des nächsten Jahres auf ihrem Gute bei D.. wieder. Ihre ältere Tochter, deren Namen sie während der „Stürme im Kopf" zu rufen pflegte, trat um diese Zeit in eine Phase abnormer Entwicklung ein, zeigte einen ungemessenen Ehrgeiz, der im Missverhältniss zu ihrer kärglichen Begabung stand, wurde unbotmässig und selbst gewaltthätig gegen die Mutter. Ich besass noch das Vertrauen der letzteren und wurde hinbeschieden, um mein Urtheil über den Zustand des jungen Mädchens abzugeben. Ich gewann einen ungünstigen Eindruck von der psychischen Veränderung, die mit dem Kinde vorgegangen war, und hatte bei der Stellung der Prognose noch die Thatsache in Anschlag zu bringen, dass sämmtliche Halbgeschwister der Kranken (Kinder des Herrn v. N.. aus erster Ehe) an Paranoia zu Grunde gegangen waren. In der Familie der Mutter fehlte es ja auch nicht an einem ausgiebigen Maass von neuropathischer Belastung, wenngleich von ihrem nächsten Verwandtenkreis kein Mitglied in endgiltige Psychose verfallen war. Frau v. N.., der ich die Auskunft, die sie verlangt hatte, ohne Rückhalt ertheilte, benahm sich dabei ruhig und verständnissvoll. Sie war stark geworden, sah blühend aus, die $^3/_4$ Jahre seit Beendigung der letzten Behandlung waren in relativ hohem Wohlbefinden verflossen, das nur durch Genickkrämpfe und andere kleine Leiden gestört worden war. Den ganzen Umfang ihrer Pflichten, Leistungen und geistigen Interessen lernte ich erst während dieses mehrtägigen Aufenthaltes in ihrem Hause kennen. Ich traf auch einen Hausarzt an, der nicht allzuviel über die Dame zu klagen hatte; sie war also mit der „profession" einigermaassen ausgesöhnt.

Die Frau war um so vieles gesünder und leistungsfähiger geworden, aber an den Grundzügen ihres Charakters hatte sich trotz

aller lehrhaften Suggestionen wenig verändert. Die Kategorie der „indifferenten Dinge“ schien sie mir nicht anerkannt zu haben, ihre Neigung zur Selbstquälerei war kaum geringer als zur Zeit der Behandlung. Die hysterische Disposition hatte auch während dieser guten Zeit nicht geruht, sie klagte z. B. über eine Unfähigkeit, längere Eisenbahnreisen zu machen, die sie sich in den letzten Monaten zugezogen hatte, und ein nothgedrungen eiliger Versuch, ihr dieses Hinderniss aufzulösen, ergab nur verschiedene kleine unangenehme Eindrücke, die sie sich auf den letzten Fahrten nach D . . und in die Umgebung geholt hatte. Sie schien sich in der Hypnose aber nicht gerne mitzutheilen, und ich kam schon damals auf die Vermuthung, dass sie im Begriffe sei, sich meinem Einfluss wiederum zu entziehen, und dass die geheime Absicht der Eisenbahnhemmung darin liege, eine neuerliche Reise nach Wien zu verhindern.

Während dieser Tage äusserte sie auch jene Klage über Lücken in ihrer Erinnerung „gerade in den wichtigsten Begebenheiten“, aus der ich schloss, dass meine Arbeit vor 2 Jahren eingreifend genug und dauernd gewirkt hatte. — Als sie mich eines Tages durch eine Allee führte, die vom Hause bis zu einer Bucht der See reichte, wagte ich die Frage, ob diese Allee oft mit Kröten besetzt sei. Zur Antwort traf mich ein strafender Blick, doch nicht begleitet von den Zeichen des Grausens, und dann folgte ergänzend die Aeusserung: „Aber wirkliche gibt es hier“. — Während der Hypnose, die ich zur Erledigung der Eisenbahnhemmung unternahm, schien sie selbst von den Antworten, die sie gab, unbefriedigt, und sie drückte die Furcht aus, sie würde jetzt wohl der Hypnose nicht mehr so gehorchen wie früher. Ich beschloss, sie vom Gegentheil zu überzeugen. Ich schrieb einige Worte auf einen Zettel nieder, den ich ihr übergab, und sagte: „Sie werden mir heute Mittag wieder ein Glas Rothwein einschänken wie gestern. Sowie ich das Glas zum Mund führe, werden Sie sagen: Ach bitte, schänken Sie mir auch ein Glas voll, und wenn ich dann nach der Flasche greife, werden Sie rufen: Nein, ich danke, ich will doch lieber nicht. Darauf werden Sie in Ihre Tasche greifen und den Zettel hervorziehen, auf dem dieselben Worte stehen“. Das war Vormittags; wenige Stunden später vollzog sich die kleine Scene genau so, wie ich sie angeordnet hatte, und in so natürlichem Hergang, dass sie keinem der zahlreichen Anwesenden auffiel. Sie schien sichtlich mit sich zu kämpfen, als sie von mir den Wein verlangte, — sie trank nämlich niemals Wein, — und nachdem sie mit offenbarer Erleichterung das Getränk abbestellt

hatte, griff sie in die Tasche, zog den Zettel hervor, auf dem ihre letztgesprochenen Worte zu lesen waren, schüttelte den Kopf und sah mich erstaunt an.

Seit diesem Besuche im Mai 1890 wurden meine Nachrichten über Frau v. N.. allmählich spärlicher. Ich erfuhr auf Umwegen, dass der unerquickliche Zustand ihrer Tochter, der die mannigfaltigsten peinlichen Erregungen für sie mit sich brachte, ihr Wohlbefinden endlich doch untergraben habe. Zuletzt erhielt ich von ihr (Sommer 1893) ein kurzes Schreiben, in dem sie mich bat zu gestatten, dass sie ein anderer Arzt hypnotisire, da sie wieder leidend sei und nicht nach Wien kommen könne. Ich verstand anfangs nicht, weshalb es dazu meiner Erlaubniss bedürfe, bis mir die Erinnerung auftauchte, dass ich sie im Jahre 1890 auf ihren eigenen Wunsch vor fremder Hypnose geschützt hatte, damit sie nicht wieder in Gefahr komme, wie damals in **berg (. . . thal, . . . wald) unter dem peinlichen Zwang eines ihr unsympathischen Arztes zu leiden. Ich verzichtete jetzt also schriftlich auf mein ausschliessliches Vorrecht.

Epikrise.

Es ist ja ohne vorherige eingehende Verständigung über den Werth und die Bedeutung der Namen nicht leicht zu entscheiden, ob ein Krankheitsfall zur Hysterie oder zu den anderen (nicht rein neurasthenischen) Neurosen gezählt werden soll, und auf dem Gebiete der gemeinhin vorkommenden gemischten Neurosen wartet man noch auf die ordnende Hand, welche die Grenzsteine setzen und die für die Charakteristik wesentlichen Merkmale hervorheben soll. Wenn man bis jetzt also Hysterie im engeren Sinne nach der Aehnlichkeit mit den bekannten typischen Fällen zu diagnosticiren gewohnt ist, so wird man dem Falle der Frau Emmy v. N.. die Bezeichnung einer Hysterie kaum streitig machen können. Die Leichtigkeit der Delirien und Hallucinationen bei im Uebrigen intacter geistiger Thätigkeit, die Veränderung der Persönlichkeit und des Gedächtnisses im künstlichen Somnambulismus, die Anästhesie an der schmerzhaften Extremität, gewisse Daten der Anamnese, die Ovarie und dgl. lassen keinen Zweifel über die hysterische Natur der Erkrankung oder wenigstens der Kranken zu. Dass die Frage überhaupt aufgeworfen werden kann, rührt von einem bestimmten Charakter dieses Falles her, welcher auch Anlass zu einer allgemein giltigen Bemerkung bieten darf. Wie aus unserer Eingangs abgedruckten „Vorläufigen Mittheilung“ ersichtlich, betrachten

wir die hysterischen Symptome als Effecte und Reste von Erregungen, welche das Nervensystem als Traumen beeinflusst haben. Solche Reste bleiben nicht übrig, wenn die ursprüngliche Erregung durch Abreagiren oder Denkarbeit abgeführt worden ist. Man kann es hier nicht länger abweisen, Quantitäten (wenn auch nicht messbare) in Betracht zu ziehen, den Vorgang so aufzufassen, als ob eine an das Nervensystem herantretende Summe von Erregung in Dauersymptome umgesetzt würde, insoweit sie nicht ihrem Betrag entsprechend zur Action nach aussen verwendet worden ist. Wir sind nun gewohnt bei der Hysterie zu finden, dass ein erheblicher Theil der „Erregungssumme" des Traumas sich in rein körperliche Symptome umwandelt. Es ist dies ja jener Zug der Hysterie, der durch so lange Zeit ihrer Auffassung als psychische Affection im Wege gestanden ist.

Wenn wir der Kürze halber die Bezeichnung „Conversion" für die Umsetzung psychischer Erregung in körperliche Dauersymptome wählen, welche die Hysterie auszeichnet, so können wir sagen, der Fall der Frau Emmy v. N.. zeigt einen geringen Betrag von Conversion, die ursprünglich psychische Erregung verbleibt auch zumeist auf psychischem Gebiet, und es ist leicht einzusehen, dass er dadurch jenen anderen nicht hysterischen Neurosen ähnlich wird. Es gibt Fälle von Hysterie, in denen die Conversion den gesammten Reizzuwachs betrifft, so dass die körperlichen Symptome der Hysterie in ein scheinbar völlig normales Bewusstsein hereinragen; gewöhnlicher aber ist eine unvollständige Umsetzung, so dass wenigstens ein Theil des das Trauma begleitenden Affectes als Componente der Stimmung im Bewusstsein verbleibt.

Die psychischen Symptome unseres Falles von wenig convertirter Hysterie lassen sich gruppiren als Stimmungsveränderung (Angst, melancholische Depression), Phobien und Abulien (Willenshemmungen). Die beiden letzteren Arten von psychischer Störung, die von der Schule französischer Psychiater als Stigmata der nervösen Degeneration aufgefasst werden, erweisen sich aber in unserem Falle als ausreichend determinirt durch traumatische Erlebnisse; es sind zumeist traumatische Phobien und Abulien, wie ich im Einzelnen ausführen werde.

Von den Phobien entsprechen einzelne allerdings den primären Phobien des Menschen, insbesondere des Neuropathen, so vor allem die Thierfurcht (Schlangen, Kröten und ausserdem all das Ungeziefer, als dessen Herr sich Mephistopheles rühmt), die Gewitterfurcht u. a. Doch sind auch diese Phobien durch traumatische Erlebnisse befestigt

worden, so die Furcht vor Kröten durch den Eindruck in früher Jugend, als ihr ein Bruder eine todte Kröte nachwarf, worauf sie den Anfall hysterischer Zuckungen bekam; die Gewitterfurcht durch jenen Schreck, der zur Entstehung des Schnalzens Anlass gab; die Furcht vor Nebel durch jenen Spaziergang auf Rügen; immerhin spielt in dieser Gruppe die primäre, sozusagen instinctive Furcht, als psychisches Stigma genommen, die Hauptrolle.

Die anderen und specielleren Phobien sind auch durch besondere Erlebnisse gerechtfertigt. Die Furcht vor einem unerwarteten, plötzlichen Schreckniss ist das Ergebniss jenes schrecklichsten Eindrucks in ihrem Leben, als sie ihren Mann mitten aus bester Gesundheit an einem Herzschlag verscheiden sah. Die Furcht vor fremden Menschen, die Menschenfurcht überhaupt, erweist sich als Rest aus jener Zeit, in der sie den Verfolgungen ihrer Familie ausgesetzt und geneigt war, in jedem Fremden einen Agenten der Verwandtschaft zu sehen, oder in der ihr der Gedanke nahe lag, die Fremden wüssten um die Dinge, die mündlich und schriftlich über sie verbreitet wurden. Die Angst vor dem Irrenhause und dessen Einwohnern geht auf eine ganze Reihe von traurigen Erlebnissen in ihrer Familie und auf Schilderungen zurück, die dem horchenden Kinde eine dumme Dienstmagd machte, ausserdem stützt sich diese Phobie einerseits auf das primäre, instinctive Grauen des Gesunden vor dem Wahnsinn, andererseits auf die wie bei jedem Nervösen so auch bei ihr vorhandene Sorge, selbst dem Wahnsinn zu verfallen. Eine so specialisirte Angst wie die, dass jemand hinter ihr stünde, wird durch mehrere schreckhafte Eindrücke aus ihrer Jugend und aus späterer Zeit motivirt. Seit einem ihr besonders peinlichen Erlebniss im Hôtel, peinlich, weil es mit Erotik verknüpft ist, wird die Angst vor dem Einschleichen einer fremden Person besonders hervorgehoben; endlich eine den Neuropathen so häufig eigene Phobie, die vor dem Lebendigbegrabenwerden, findet ihre volle Aufklärung in dem Glauben, dass ihr Mann nicht todt war, als man seine Leiche forttrug, einem Glauben, in dem sich die Unfähigkeit so rührend äussert, sich in das plötzliche Aufhören der Gemeinschaft mit dem geliebten Wesen zu finden. Ich meine übrigens, dass alle diese physischen Momente nur die Auswahl, aber nicht die Fortdauer der Phobien erklären können. Für letztere muss ich ein neurotisches Moment heranziehen, den Umstand nämlich, dass die Patientin sich seit Jahren in sexueller Abstinenz befand, womit einer der häufigsten Anlässe zur Angstneigung gegeben ist.

Die bei unserer Kranken vorhandenen Abulien (Willenshemmungen, Unfähigkeiten) gestatten noch weniger als die Phobien die Auffassung von psychischen Stigmen in Folge allgemein eingeengter Leistungsfähigkeit. Vielmehr macht die hypnotische Analyse des Falles ersichtlich, dass die Abulien hier durch einen zweifachen psychischen Mechanismus bedingt werden, der im Grunde wieder nur einer ist. Die Abulie ist entweder einfach die Folge einer Phobie, nämlich in allen den Fällen, in denen die Phobie sich an eine eigene Handlung knüpft anstatt an eine Erwartung (Ausgehen, Menschen aufsuchen; — der andere Fall, dass sich jemand einschleicht u. s. w.), und Ursache der Willenshemmung ist die mit dem Erfolg der Handlung verknüpfte Angst. Man thäte Unrecht daran, diese Art von Abulien neben den ihnen entsprechenden Phobien als besondere Symptome aufzuführen, nur muss man zugestehen, dass eine derartige Phobie bestehen kann, wenn sie nicht allzu hochgradig ist, ohne zur Abulie zu führen. Die andere Art der Abulien beruht auf der Existenz affectvoll betonter, ungelöster Associationen, die sich der Anknüpfung neuer Associationen, und insbesondere unverträglicher Art widersetzen. Das glänzendste Beispiel einer solchen Abulie bietet die Anorexie unserer Kranken. Sie isst nur so wenig, weil es ihr nicht schmeckt, und sie kann dem Essen keinen Geschmack abgewinnen, weil der Act des Essens bei ihr von Alters her mit Ekelerinnerungen verknüpt ist, deren Affectbetrag noch keine Verminderung erfahren ist. Es ist aber unmöglich, gleichzeitig mit Ekel und mit Lust zu essen. Die Verminderung des an den Mahlzeiten von früher her haftenden Ekels hat darum nicht stattgehabt, weil sie alle Male den Ekel unterdrücken musste, anstatt sich von ihm durch Reaction zu befreien; als Kind war sie aus Furcht vor Strafe gezwungen, mit Ekel die kalte Malzeit zu essen, und in reiferen Jahren verhinderte sie die Rücksicht auf die Brüder, die Affecte zu äussern, denen sie bei den gemeinsam genommenen Malzeiten unterlag.

Ich darf hier vielleicht an eine kleine Arbeit erinnern, in der ich versucht habe, eine psychologische Erklärung der hysterischen Lähmungen zu geben. Ich gelangte dort zur Annahme, die Ursache dieser Lähmungen liege in der Unzugänglichkeit des Vorstellungskreises etwa einer Extremität für neue Associationen; diese associative Unzugänglichkeit selbst rühre aber davon her, dass die Vorstellung des gelähmten Gliedes in die mit unerledigtem Affect behaftete Erinnerung des Traumas einbezogen sei. Ich führte aus den Beispielen des ge-

wöhnlichen Lebens an, dass eine solche Besetzung einer Vorstellung mit unerledigtem Affect jedesmal ein gewisses Maass von associativer Unzugänglichkeit, von Unverträglichkeit mit neuen Besetzungen mit sich bringt.[1]

Es ist mir nun bis heute nicht gelungen, meine damaligen Voraussetzungen für einen Fall von motorischer Lähmung durch hypnotische Analyse zu erweisen, aber ich kann mich auf die Anorexie der Frau v. N.. als Beweis dafür berufen, dass dieser Mechanismus für gewisse Abulien der zutreffende ist, und Abulien sind ja nichts anderes als sehr specialisirte, — „systematisirte" nach französischem Ausdruck — psychische Lähmungen.

Man kann den psychischen Sachverhalt bei Frau v. N.. im Wesentlichen charakterisiren, wenn man zweierlei hervorhebt: 1. Es sind bei ihr die peinlichen Affecte von traumatischen Erlebnissen unerledigt verblieben, so die Verstimmung, der Schmerz (über den Tod des Mannes), der Groll (von den Verfolgungen der Verwandten), der Ekel (von den gezwungenen Mahlzeiten), die Angst (von so vielen schreckhaften Erlebnissen), u. s. w. und 2. es besteht bei ihr eine lebhafte Erinnerungsthätigkeit, welche bald spontan, bald auf erweckende Reize der Gegenwart hin (z. B. bei der Nachricht von der Revolution in S. Domingo) Stück für Stück der Traumen mitsammt den sie begleitenden Affecten in's actuelle Bewusstsein ruft. Meine Therapie schloss sich dem Gange dieser Erinnerungsthätigkeit an und suchte Tag für Tag aufzulösen und zu erledigen, was der Tag an die Oberfläche gebracht hatte, bis der erreichbare Vorrath an krankmachenden Erinnerungen erschöpft schien.

An diese beiden psychischen Charaktere, die ich für allgemeine Befunde bei hysterischen Paroxysmen halte, liessen sich einige wichtige Betrachtungen anschliessen, die ich verschieben will, bis dem Mechanismus der körperlichen Symptome einige Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

Man kann nicht die gleiche Ableitung für alle körperlichen Symptome der Kranken geben, vielmehr erfährt man selbst aus diesem hieran nicht reichen Falle, dass die körperlichen Symptome einer Hysterie auf verschiedene Weisen zu Stande kommen. Ich gestatte mir zunächst, die Schmerzen zu den körperlichen Symptomen zu stellen. Soviel ich sehen kann, war ein Theil der Schmerzen gewiss organisch bedingt durch jene leichten (rheumatischen) Veränderungen in Muskeln,

---

[1] Archives de Neurologie, Nr. 77, 1893.

Sehnen und Fascien, die dem Nervösen soviel mehr Schmerz bereiten als dem Gesunden; ein anderer Theil der Schmerzen war höchst wahrscheinlich Schmerzerinnerung, Erinnerungssymbol der Zeiten von Aufregung und Krankenpflege, die im Leben der Kranken so viel Platz eingenommen hatten. Auch diese Schmerzen mochten ursprünglich einmal organisch berechtigt gewesen sein, waren aber seither für die Zwecke der Neurose verarbeitet worden. Ich stütze diese Aussagen über die Schmerzen bei Frau v. N. . . auf anderswo gemachte Erfahrungen, welche ich an einer späteren Stelle dieser Arbeit mittheilen werde; an der Kranken selbst war gerade über diesen Punkt wenig Aufklärung zu gewinnen.

Ein Theil der auffälligen Bewegungserscheinungen, welche Frau v. N . . zeigte, war einfach Ausdruck von Gemüthsbewegung und leicht in dieser Bedeutung zu erkennen, so das Vorstrecken der Hände mit gespreizten und gekrümmten Fingern als Ausdruck des Grausens, das Mienenspiel und dgl. Allerdings ein lebhafterer und ungehemmterer Ausdruck der Gemüthsbewegung als der sonstigen Mimik dieser Frau, ihrer Erziehung und ihrer Race entsprach; sie war, wenn nicht im hysterischen Zustande, gemessen, fast steif in ihren Ausdrucksbewegungen. Ein anderer Theil ihrer Bewegungssymptome stand nach ihrer Angabe in directem Zusammenhang mit ihren Schmerzen; sie spielte ruhelos mit den Fingern (1888), oder rieb die Hände an einander (1889), um nicht schreien zu müssen, und diese Motivirung erinnert lebhaft an eines der Darwin'schen Principien zur Erklärung der Ausdrucksbewegung, an das Princip der „Ableitung der Erregung", durch welches er z. B. das Schweifwedeln der Hunde erklärt. Den Ersatz des Schreiens bei schmerzhaften Reizen durch andersartige motorische Innervation üben wir übrigens Alle. Wer sich beim Zahnarzt vorgenommen hat, Kopf und Mund ruhig zu halten und nicht mit den Händen dazwischenzufahren, der trommelt wenigstens mit den Füssen.

Eine complicirtere Weise der Conversion lassen die tickähnlichen Bewegungen bei Frau v. N . . erkennen, das Zungenschnalzen und Stottern, das Rufen ihres Namens „Emmy" im Anfall von Verworrenheit, die zusammengesetzte Schutzformel — „Seien sie still — Reden sie nichts — Rühren sie mich nicht an" (1888). Von diesen motorischen Aeusserungen lassen Stottern und Schnalzen eine Erklärung nach einem Mechanismus zu, den ich in einer kleinen Mittheilung in der Zeitschrift für Hypnotismus Band I, 1893 als „Objectivirung der Contrastvorstellung" bezeichnet habe. Der Vorgang hierbei wäre, an

unserem Beispiel selbst erläutert, folgender: Die durch Sorge und Wachen erschöpfte Hysterica sitzt beim Bette ihres kranken Kindes, das endlich! eingeschlafen ist. Sie sagt sich: Jetzt musst du aber ganz stille sein, damit du die Kleine nicht aufweckst. Dieser Vorsatz erweckt wahrscheinlich eine Contrastvorstellung, die Befürchtung, sie werde doch ein Geräusch machen, das die Kleine aus dem lang ersehnten Schlafe weckt. Solche Contrastvorstellungen gegen den Vorsatz entstehen auch in uns merklicher Weise dann, wenn wir uns in der Durchführung eines wichtigen Vorsatzes nicht sicher fühlen.

Der Neurotische, in dessen Selbstbewusstsein ein Zug von Depression, von ängstlicher Erwartung selten vermisst wird, bildet solcher Contrastvorstellungen eine grössere Anzahl, oder er nimmt sie leichter wahr; sie erscheinen ihm auch bedeutsamer. Im Zustande der Erschöpfung, in dem sich unsere Kranke befindet, erweist sich nun die Contrastvorstellung, die sonst abgewiesen wurde, als die stärkere; sie ist es, die sich objectivirt, und die nun zum Entsetzen der Kranken das gefürchtete Geräusch wirklich erzeugt. Zur Erklärung des ganzen Vorganges nehme ich noch an, dass die Erschöpfung eine partielle ist; sie betrifft, wie man in den Terminis Janet's und seiner Nachfolger sagen würde, nur das primäre Ich der Kranken, sie hat nicht zur Folge, dass auch die Contrastvorstellung geschwächt wird.

Ich nehme ferner an, dass es das Entsetzen über das wider Willen producirte Geräusch ist, welches den Moment zu einem traumatisch wirksamen macht und dies Geräusch selbst als leibliches Erinnerungssymptom der ganzen Scene fixirt. Ja, ich glaube in dem Charakter dieses Ticks selbst, der aus mehreren spastisch hervorgestossenen, durch Pausen von einander getrennten Lauten besteht, die am meisten mit Schnalzen Aehnlichkeit haben, die Spur des Vorganges zu erkennen, dem er seine Entstehung verdankte. Es scheint, dass sich ein Kampf zwischen dem Vorsatz und der Contrastvorstellung, dem „Gegenwillen", abgespielt hat, der dem Tick den abgesetzten Charakter gab, und der die Contrastvorstellung auf ungewöhnliche Innervationswege der Sprachmuskulatur einschränkte.

Von einem im Wesen ähnlichen Anlass blieb die spastische Sprachhemmung, das eigenthümliche Stottern übrig, nur dass diesmal nicht der Erfolg der schliesslichen Innervation, der Schrei, sondern der Innervationsvorgang selbst, der Versuch einer krampfhaften Hemmung der Sprachwerkzeuge zum Symbol des Ereignisses für die Erinnerung erhoben wurde.

Beide, durch ihre Entstehungsgeschichte nahe verwandten Symptome, Schnalzen und Stottern, blieben auch fernerhin associirt und wurden durch eine Wiederholung bei einem ähnlichen Anlasse zu Dauersymptomen. Dann aber wurden sie einer weiteren Verwendung zugeführt. Unter heftigem Erschrecken entstanden, gesellten sie sich von nun an (nach dem Mechanismus der monosymptomatischen Hysterie, den ich bei Fall V aufzeigen werde) zu jedem Schreck hinzu, wenn derselbe auch nicht zum Objectiviren einer Contrastvorstellung Anlass geben konnte.

Sie waren endlich mit so vielen Traumen verknüpft, hatten soviel Recht, sich in der Erinnerung zu reproduciren, dass sie ohne weiteren Anlass nach Art eines sinnlosen Tick beständig die Rede unterbrachen. Die hypnotische Analyse konnte dann aber zeigen, wieviel Bedeutung sich hinter diesem scheinbaren Tick verberge, und wenn es der Breuer'schen Methode hier nicht gelang, beide Symptome mit einem Schlage vollständig zum Verschwinden zu bringen, so kam diess daher, dass die Katharsis nur auf die drei Haupttraumen und nicht auf die secundär associirten ausgedehnt wurde.[1]

---

[1] Ich könnte hier den Eindruck erwecken, als legte ich den Details der Symptome zuviel Gewicht bei und verlöre mich in überflüssige Zeichendeuterei. Allein ich habe gelernt, dass die Determinirung der hysterischen Symptome wirklich bis in deren feinste Ausführung hinabreicht, und dass man ihnen nicht leicht zuviel Sinn unterlegen kann. Ich will ein Beispiel beibringen, das mich rechtfertigen wird. Vor Monaten behandelte ich ein 18jähriges Mädchen aus belasteter Familie, an dessen complicirter Neurose die Hysterie ihren gebührenden Antheil hatte. Das erste, was ich von ihr erfuhr, war die Klage über Anfälle von Verzweiflung mit zweierlei Inhalt. Bei den einen verspürte sie ein Ziehen und Prickeln in der unteren Gesichtspartie von den Wangen herab gegen den Mund; bei den anderen streckten sich die Zehen an beiden Füssen krampfhaft und spielten ruhelos hin und her. Ich war anfangs auch nicht geneigt, diesen Details viel Bedeutung beizumessen, und früheren Bearbeitern der Hysterie wäre es sicherlich nahe gelegen, in diesen Erscheinungen Beweise für die Reizung corticaler Centren beim hysterischen Anfall zu erblicken. Wo die Centren für solche Parästhesien liegen, wissen wir zwar nicht, es ist aber bekannt, dass solche Parästhesien die partielle Epilepsie einleiten und die sensorische Epilepsie Charcot's ausmachen. Für die Zehenbewegungen wären symmetrische Rindenstellen in nächster Nähe der Medianspalte verantwortlich zu machen. Allein es klärte sich anders. Als ich mit dem Mädchen besser bekannt worden war, fragte ich sie einmal directe, was für Gedanken ihr bei solchen Anfällen kämen; sie solle sich nicht geniren, sie müsste wohl eine Erklärung für die beiden Erscheinungen geben können. Die Kranke wurde roth vor Scham und liess sich endlich ohne Hypnose zu folgenden Aufklärungen bewegen, deren Beziehung auf die Wirklichkeit von ihrer anwesenden Gesell-

Das Rufen des Namens „Emmy“ in Anfällen von Verwirrung, welche nach den Regeln hysterischer Anfälle die häufigen Zustände

---

schafterin vollinhaltlich bestätigt wurde. Sie hatte vom Eintritt der Menses an durch Jahre an der Cephalaea adolescentium gelitten, die ihr jede anhaltende Beschäftigung unmöglich machte und sie in ihrer Ausbildung unterbrach. Endlich von diesem Hinderniss befreit, beschloss das ehrgeizige und etwas einfältige Kind, mächtig an sich zu arbeiten, um seine Schwestern und Altersgenossinnen wieder einzuholen. Dabei strengte sie sich über jedes Maass an, und eine solche Bemühung endete gewöhnlich mit einem Ausbruch von Verzweiflung darüber, dass sie ihre Kräfte überschätzt habe. Natürlich pflegte sie sich auch körperlich mit anderen Mädchen zu vergleichen und unglücklich zu sein, wenn sie an sich einen körperlichen Nachtheil entdeckt hatte. Ihr (ganz deutlicher) Prognathismus begann sie zu kränken, und sie kam auf die Idee, ihn zu corrigiren, indem sie sich Viertelstunden lang darin übte, die Oberlippe über die vorstehenden Zähne herabzuziehen. Die Erfolglosigkeit dieser kindischen Bemühung führte einmal zu einem Ausbruch von Verzweiflung, und von da an war Ziehen und Prickeln von der Wange nach abwärts als Inhalt der einen Art von Anfällen gegeben. — Nicht minder durchsichtig war die Determinirung der anderen Anfälle mit dem motorischen Symptom der Zehenstreckung und Zehenunruhe. Es war mir angegeben worden, dass der erste solche Anfall nach einer Partie auf den Schafberg bei Ischl aufgetreten sei, und die Angehörigen waren natürlich geneigt, ihn von Ueberanstrengnng abzuleiten. Das Mädchen berichtete aber Folgendes: Es sei ein unter den Geschwistern beliebtes Thema gegenseitiger Neckerei, einander auf ihre (unleugbar) grossen Füsse aufmerksam zu machen. Unsere Patientin, seit langer Zeit über diesen Schönheitsfehler unglücklich, versuchte ihren Fuss in die engsten Stiefel zu zwängen, allein der aufmerksame Papa litt dies nicht und sorgte dafür, dass sie nur bequeme Fussbekleidung trug. Sie war recht unzufrieden mit dieser Verfügung, dachte immer daran und gewöhnte sich, mit den Zehen im Schuh zu spielen, wie man es thut, wenn man abmessen will, ob der Schuh um vieles zu gross ist, einen wieviel kleineren Schuh man vertragen könnte u. dgl. Während der Bergpartie auf den Schafberg, die sie gar nicht anstrengend fand, war natürlich wieder Gelegenheit, sich bei den verkürzten Röcken mit dem Schuhwerk zu beschäftigen. Eine ihrer Schwestern sagte ihr unterwegs: „Du hast aber heute besonders grosse Schuhe angezogen.“ Sie probirte mit den Zehen zu spielen; es kam ihr auch so vor. Die Aufregung über die unglücklich grossen Füsse verliess sie nicht mehr, und als sie nach Hause kamen, brach der erste Anfall los, in dem als Erinnerungssymbol für den ganzen verstimmenden Gedankengang die Zehen krampften und sich unwillkürlich bewegten.

Ich bemerke, dass es sich hier um Anfalls- und nicht um Dauersymptome handelt; ferner füge ich hinzu, dass nach dieser Beichte die Anfälle der ersten Art aufhörten, die der zweiten mit Zehenunruhe sich fortsetzten. Es musste also wohl noch ein Stück dabei sein, das nicht gebeichtet wurde.

Nachschrift: Ich habe später auch diess erfahren. Das thörichte Mädchen arbeitete darum so übereifrig an seiner Verschönerung, weil es — einem jungen Vetter gefallen wollte.

von Rathlosigkeit während der Cur der Tochter reproducirten, war durch einen complicirten Gedankengang mit dem Inhalt des Anfalls verknüpft und entsprach etwa einer Schutzformel der Kranken gegen diesen Anfall. Dieser Ruf hätte wahrscheinlich auch die Eignung gehabt, in mehr lockerer Ausnützung seiner Bedeutung zum Tick herabzusinken; die complicirte Schutzformel „Rühren Sie mich nicht an etc.“ war zu dieser Anwendung bereits gelangt, aber die hypnotische Therapie hielt in beiden Fällen die weitere Entwicklnng dieser Symptome auf. Den ganz frisch entstandenen Ruf „Emmy“ fand ich noch auf seinen Mutterboden, den Anfall von Verwirrung, beschränkt.

Ob nun diese motorischen Symptome wie das Schnalzen durch Objectivirung einer Contrastvorstellung, wie das Stottern durch blosse Conversion der psychischen Erregung in's Motorische, wie der Ruf „Emmy“ und die längere Formel als Schutzvorrichtungen durch gewollte Action der Kranken im hysterischen Paroxysmus entstanden sein mögen, ihnen allen ist das Eine gemeinsam, dass sie ursprünglich oder fortdauernd in einer aufzeigbaren Verbindung mit Traumen stehen, für welche sie in der Erinnerungsthätigkeit als Symbole eintreten.

Andere körperliche Symptome der Kranken sind überhaupt nicht hysterischer Natur, so die Genickkrämpfe, die ich als modificirte Migränen auffasse, und die als solche eigentlich gar nicht zu den Neurosen, sondern zu den organischen Affectionen zu stellen sind. An sie knüpfen sich aber regelmässig hysterische Symptome an; bei Frau v. N. werden die Genickkrämpfe zu hysterischen Anfällen verwendet, während sie über die typischen Erscheinungsformen des hysterischen Anfalles nicht verfügte.

Ich will die Charakteristik des psychischen Zustandes der Frau v. N. vervollständigen, indem ich mich den bei ihr nachweisbaren krankhaften Veränderungen des Bewusstseins zuwende. Wie durch die Genickkrämpfe, so wird sie auch durch peinliche Eindrücke der Gegenwart (vgl. das letzte Delirium im Garten) oder durch mächtige Anklänge an eines ihrer Traumen in einen Zustand von Delirium versetzt, in welchem — nach den wenigen Beobachtungen, die ich darüber anstellte, kann ich nichts anderes aussagen — eine ähnliche Einschränkung des Bewusstseins, ein ähnlicher Associationszwang wie im Traum obwaltet, Hallucinationen und Illusionen äusserst erleichtert sind und schwachsinnige oder geradezu widersinnige Schlüsse

gezogen werden. Dieser Zustand, mit einer geistigen Alienation vergleichbar, vertritt wahrscheinlich ihren Anfall, etwa eine acute Psychose als Anfallsäquivalent, die man als „hallucinatorische Verworrenheit“ classificiren würde. Eine weitere Aehnlichkeit mit dem typischen hysterischen Anfall liegt noch darin, dass zumeist ein Stück der alten traumatischen Erinnerungen als Grundlage des Deliriums nachweisbar ist. Der Uebergang aus dem Normalzustand in dieses Delirium vollzieht sich häufig ganz unmerklich; eben hat sie noch ganz correct von wenig affectiven Dingen gesprochen und bei der Fortsetzung des Gespräches, das sie auf peinliche Vorstellungen führt, merke ich an ihren gesteigerten Gesten, an dem Auftreten ihrer Spruchformeln und dgl., dass sie delirirt. Zu Beginn der Behandlung zog sich das Delirium durch den ganzen Tag hindurch, so dass es schwer fiel, von den einzelnen Symptomen mit Sicherheit anzusagen, ob sie — wie die Gesten — nur dem psychischen Zustand als Anfallssymptome angehörten, oder wie Schnalzen und Stottern zu wirklichen Dauersymptomen geworden waren. Oft gelang es erst nachträglich zu unterscheiden, was im Delirium, was im Normalzustand vorgefallen war. Die beiden Zustände waren nämlich durch das Gedächtniss getrennt, und sie war dann auf's äusserste erstaunt zu hören, welche Dinge das Delirium an eine im Normalen geführte Conversation angestückelt hatte. Meine erste Unterhaltung mit ihr war das merkwürdigste Beispiel dafür, wie die beiden Zustände durch einander durchgingen, ohne von einander Notiz zu nehmen. Nur einmal ereignete sich während dieses psychischen Wippens eine Beeinflussung des die Gegenwart verfolgenden Normalbewusstseins, als sie mir die aus dem Delirium stammende Antwort gab, sie sei eine Frau aus dem vorigen Jahrhundert.

Die Analyse dieses Deliriums bei Frau v. N. ist wenig erschöpfend geworden, hauptsächlich darum, weil ihr Zustand sich alsbald so besserte, dass die Delirien sich scharf vom Normalleben sonderten und sich auf die Zeiten der Genickkrämpfe einschränkten. Um so mehr Erfahrung habe ich über das Verhalten der Patientin in einem dritten psychischen Zustand, in dem des künstlichen Somnambulismus, gesammelt. Während sie in ihrem eigenen Normalzustande nicht wusste, was sie in ihren Delirien und was sie im Somnambulismus psychisch erlebt hatte, verfügte sie im Somnambulismus über die Erinnerungen aller drei Zustände; sie war hier eigentlich am normalsten. Wenn ich abziehe, dass sie als Somnambule weit weniger

reservirt gegen mich war als in ihren besten Stunden des gewöhnlichen Lebens, d. h. mir als Somnambule Mittheilungen über ihre Familie u. dgl. machte, während sie mich sonst behandelte als wäre ich ein Fremder, wenn ich ferner davon absehe, dass sie die volle Suggerirbarkeit der Somnambulen zeigte, muss ich eigentlich sagen, sie war als Somnambule in einem vollkommen normalen Zustande. Es war interessant zu beobachten, dass dieser Somnambulismus andererseits keinen Zug des Uebernormalen zeigte, dass er mit allen psychischen Mängeln behaftet war, die wir dem normalen Bewusstseinszustande zutrauen. Das Verhalten des somnambulen Gedächtnisses mögen folgende Proben erläutern. Einmal drückte sie mir im Gespräch ihr Entzücken über eine schöne Topfpflanze aus, welche die Vorhalle des Sanatoriums zierte. „Aber wie heisst sie nur, Herr Doctor? Wissen Sie nicht? Ich habe den deutschen und den lateinischen Namen gewusst und beide vergessen.“ Sie war eine treffliche Kennerin der Pflanzen, während ich bei dieser Gelegenheit meine botanische Unbildung eingestand. Wenige Minuten später frage ich sie in der Hypnose: Wissen Sie jetzt den Namen der Pflanze im Stiegenhaus? Die Antwort lautet ohne jedes Besinnen: Mit dem deutschen Namen heisst sie Türkenlilie, den lateinischen habe ich wirklich vergessen. Ein andermal erzählt sie mir in gutem Wohlbefinden von einem Besuch in den Katakomben von Rom und kann sich auf zwei Termine der Beschreibung nicht besinnen, zu denen auch ich ihr nicht verhelfen kann. Unmittelbar darauf erkundige ich mich in der Hypnose, welche Worte sie meinte. Sie weiss es auch in der Hypnose nicht. Ich sage darauf: Denken Sie nicht weiter nach, morgen zwischen 5 und 6 Uhr Nachmittags im Garten, näher an 6 Uhr, werden sie Ihnen plötzlich einfallen.

Am nächsten Abend platzt sie während einer den Katakomben ganz entfremdeten Unterhaltung plötzlich heraus: Krypte, Herr Doctor, und Columbarium. — Ah, das sind ja die Worte, auf die Sie gestern nicht kommen konnten. Wann sind sie Ihnen denn eingefallen? — Heute Nachmittag im Garten, kurz ehe ich hinaufgegangen bin. — Ich merkte, dass sie mir auf diese Weise zeigen wollte, sie habe genau die angegebene Zeit eingehalten, denn sie war gewohnt, den Garten gegen 6 Uhr zu verlassen. So verfügte sie also auch im Somnambulismus nicht über den ganzen Umfang ihres Wissens, es gab auch für ihn noch ein actuelles und ein potentielles Bewusstsein. Oft genug kam es auch vor, dass sie im Somnambulismus auf meine

Frage: Woher rührt diese oder jene Erscheinung? die Stirne in Falten zog und nach einer Pause kleinlaut die Antwort gab: Das weiss ich nicht. Dann hatte ich die Gewohnheit angenommen zu sagen: Besinnen Sie sich, Sie werden es gleich erfahren; und sie konnte mir nach ein wenig Nachdenken die verlangte Auskunft geben. Es traf sich aber auch, dass ihr nichts einfiel, und dass ich ihr die Aufgabe hinterlassen musste, sich bis morgen daran zu erinnern, was auch jedesmal zutraf. Die Frau, die im gewöhnlichen Leben peinlichst jeder Unwahrheit aus dem Wege ging, log auch in der Hypnose niemals; es kam aber vor, dass sie unvollständige Angaben machte, mit einem Stück des Berichtes zurückhielt, bis ich ein zweites Mal die Vervollständigung erzwang. Wie in dem auf pag. 66 gegebenen Beispiel, war es meist die Abneigung, die ihr das Thema einflösste, welche ihr auch im Somnambulismus den Mund verschloss. Trotz dieser Züge von Einschränkung war aber doch der Eindruck, den ihr psychisches Verhalten im Somnambulismus machte, im Ganzen der einer ungehemmten Entfaltung ihrer geistigen Kraft und der vollen Verfügung über ihren Erinnerungsschatz.

Ihre unleugbar grosse Suggerirbarkeit im Somnambulismus war indess von einer krankhaften Widerstandslosigkeit weit entfernt. Im Ganzen muss ich sagen, machte ich doch nicht mehr Eindruck auf sie, als ich bei solchem Eingehen auf den psychischen Mechanismus bei jeder Person hätte erwarten dürfen, die mir mit grossem Vertrauen und in voller Geistesklarheit gelauscht hätte, nur dass Frau v. N. mir in ihrem sogenannten Normalzustand eine solche günstige psychische Verfassung nicht entgegenbringen konnte. Wo es mir, wie bei der Thierfurcht, nicht gelang, ihr Gründe der Ueberzeugung beizubringen, oder wo ich nicht auf die psychische Entstehungsgeschichte des Symptoms einging, sondern mittelst autoritativer Suggestion wirken wollte, da merkte ich jedesmal den gespannten, unzufriedenen Ausdruck in der Miene der Somnambulen, und wenn ich dann zum Schlusse fragte: Also, werden Sie sich noch vor diesem Thier fürchten? war die Antwort: Nein, — weil Sie es verlangen. Ein solches Versprechen, das sich nur auf ihre Gefügigkeit gegen mich stützen konnte, hatte aber eigentlich niemals Erfolg, so wenig Erfolg wie die vielen allgemeinen Lehren, die ich ihr gab, anstatt deren ich eben so gut die eine Suggestion: Seien Sie gesund, hätte wiederholen können.

Dieselbe Person, die ihre Krankheitssymptome gegen die Suggestion so hartnäckig festhielt und sie nur gegen psychische Analyse

oder Ueberzeugung fallen liess, war andererseits gefügig wie das beste Spitalsmedium, wo es sich um belanglose Suggestionen handelte, Dinge, die nicht in Beziehung zu ihrer Krankheit standen. Ich habe Beispiele von solchem posthypnotischen Gehorsam in der Krankengeschichte mitgetheilt. Ich finde keinen Widerspruch in diesem Verhalten. Das Recht der stärkeren Vorstellung musste sich auch hier geltend machen. Wenn man auf den Mechanismus der pathologischen „fixen Idee" eingeht, findet man dieselbe begründet und gestützt durch so viele und intensiv wirkende Erlebnisse, dass man sich nicht wundern kann, wenn sie im Stande ist, der suggerirten, wiederum nur mit einer gewissen Kraft ausgestatteten, Gegenvorstellung erfolgreich Widerstand zu leisten. Es wäre nur ein wahrhaft pathologisches Gehirn, in dem es möglich wäre, so berechtigte Ergebnisse intensiver psychischer Vorgänge durch die Suggestion wegzublasen.[1]

[1] Von diesem interessanten Gegensatze zwischen dem weitestgehenden somnambulen Gehorsam in allen anderen Stücken und der hartnäckigsten Beständigkeit der Krankheitssymptome, weil letztere tief begründet und der Analyse unzugänglich sind, habe ich mir in einem anderen Falle einen tiefen Eindruck geholt. Ich behandelte ein junges, lebhaftes und begabtes Mädchen, das seit $1^1/_2$ Jahren mit schwerer Gangstörung behaftet war, durch länger als 5 Monate, ohne ihr helfen zu können. Das Mädchen hatte Analgesie und schmerzhafte Stellen an beiden Beinen, rapiden Tremor an den Händen, ging vorgebeugt mit schweren Beinen, kleinen Schritten und schwankte wie cerebellar, fiel auch öfters hin. Ihre Stimmung war eine auffällig heitere. Eine unserer damaligen Wiener Autoritäten hatte sich durch diesen Symptomcomplex zur Diagnose einer multiplen Sclerose verleiten lassen, ein anderer Fachmann erkannte die Hysterie, für die auch die complicirtere Gestaltung des Krankheitsbildes zu Beginn der Erkrankung sprach (Schmerzen, Ohnmachten, Amaurose), und wies mir die Behandlung der Kranken zu. Ich versuchte ihren Gang durch hypnotische Suggestion, Behandlung der Beine in der Hypnose etc. zu bessern, aber ohne jeden Erfolg, obwohl sie eine ausgezeichnete Somnambule war. Eines Tages, als sie wieder in's Zimmer geschwankt kam, den einen Arm auf den ihres Vaters, den anderen auf einen Regenschirm gestützt, dessen Spitze bereits stark abgerieben war, wurde ich ungeduldig und schrie sie in der Hypnose an: „Das ist jetzt die längste Zeit so gewesen. Morgen Vormittag wird schon der Schirm da in der Hand zerbrechen, und Sie werden ohne Schirm nach Hause gehen müssen, von da an werden Sie keinen Schirm mehr brauchen." Ich weiss nicht, wie ich zu der Dummheit kam, eine Suggestion an einen Regenschirm zu richten; ich schämte mich nachträglich und ahnte nicht, dass meine kluge Patientin meine Rettung vor dem Vater, der Arzt war und den Hypnosen beiwohnte, übernehmen würde. Am nächsten Tage erzählte mir der Vater: „Wissen Sie, was sie gestern gethan hat? Wir gehen auf der Ringstrasse spazieren; plötzlich wird sie ausgelassen lustig und fängt an — mitten auf der Strasse — zu singen: Ein freies Leben führen wir, schlägt dazu den Takt mit dem

Als ich den somnambulen Zustand der Frau v. N. studirte, stiegen in mir zum erstenmal gewichtige Zweifel an der Richtigkeit des Satzes Bernheim's: Tout est dans la suggestion, und an dem Gedankengange seines scharfsinnigen Freundes Delboeuf „Comme quoi il n'y a pas d'hypnotisme“ auf. Ich kann es auch heute nicht verstehen, dass mein vorgehaltener Finger und das einmalige „Schlafen Sie“ den besonderen psychischen Zustand der Kranken geschaffen haben soll, in dem ihr Gedächtnis alle ihre psychischen Erlebnisse umfasste. Ich konnte den Zustand hervorgerufen haben, geschaffen habe ich ihn nicht durch meine Suggestion, da seine Charaktere, die übrigens allgemein giltige sind, mich so sehr überraschten.

Auf welche Weise hier im Somnambulismus Therapie geübt wurde, ist aus der Krankengeschichte zur Genüge ersichtlich. Ich bekämpfte, wie es in der hypnotischen Psychotherapie gebräuchlich, die vorhandenen krankhaften Vorstellungen durch Versichernng, Verbot, Einführung von Gegenvorstellungen jeder Art, begnügte mich aber nicht damit, sondern ging der Entstehungsgeschichte der einzelnen Symptome nach, um die Voraussetzungen bekämpfen zu können, auf denen die krankhaften Ideen aufgebaut waren. Während dieser Analysen ereignete es sich dann regelmässig, dass die Kranke sich unter den Zeichen heftigster Erregung über Dinge aussprach, deren Affect bisher nur Abfluss als Ausdruck von Gemüthsbewegung gefunden hatte. Wieviel von dem jedesmaligen therapeutischen Erfolg auf dies Wegsuggeriren in statu nascendi, wieviel auf die Lösung des Affectes durch Abreagiren kam, kann ich nicht angeben, denn ich habe beide therapeutischen Momente zusammenwirken lassen. Dieser Fall wäre demnach für den strengen Nachweis, dass der

Schirm gegen das Pflaster und zerbricht den Schirm.“ Sie hatte natürlich keine Ahnung davon, dass sie selbst mit soviel Witz eine unsinnige Suggestion in eine glänzend gelungene verwandelt hatte. Als ihr Zustand auf Versicherung, Gebot und Behandlung in der Hypnose sich nicht besserte, wandte ich mich an die psychische Analyse und verlangte zu wissen, welche Gemüthsbewegung dem Ausbruch des Leidens vorhergegangen war. Sie erzählte jetzt (in der Hypnose, aber ohne alle Erregung), dass kurz vorher ein junger Verwandter gestorben sei, als dessen Verlobte sie sich seit langen Jahren betrachtet habe. Diese Mittheilung änderte aber gar nichts an ihrem Zustand; in der nächsten Hypnose sagte ich ihr demnach, ich sei ganz überzeugt, der Tod des Vetters habe mit ihrem Zustand nichts zu thun, es sei etwas anderes vorgefallen, was sie nicht erwähnt habe. Nun liess sie sich zu einer einzigen Andeutung hinreissen, aber kaum dass sie ein Wort gesagt hatte, verstummte sie, und der alte Vater, der hinter ihr sass, begann bitterlich zu schluchzen. Ich drang natürlich nicht weiter in die Kranke, bekam sie aber auch nicht wieder zu Gesichte.

kathartischen Methode eine therapeutische Wirksamkeit innewohnt, nicht zu verwerten, allein ich muss doch sagen, dass nur jene Krankheitssymptome wirklich auf die Dauer beseitigt worden sind, bei denen ich die psychische Analyse durchgeführt hatte.

Der therapeutische Erfolg war im Ganzen ein recht beträchtlicher, aber kein dauernder; die Eignung der Kranken, unter neuerlichen Traumen, die sie trafen, in änlicher Weise zu erkranken, wurde nicht beseitigt. Wer die endgiltige Heilung einer solchen Hysterie unternehmen wollte, müsste sich eingehendere Rechenschaft über den Zusammenhang der Phänomene geben, als ich damals versuchte. Frau v. N. war sicherlich eine neuropathisch hereditär belastete Person. Ohne solche Disposition bringt man wahrscheinlich überhaupt keine Hysterie zu Stande. Aber die Disposition allein macht auch noch keine Hysterie, es gehören Gründe dazu und zwar, wie ich behaupte, adäquate Gründe, eine Aetiologie bestimmter Natur. Ich habe vorhin erwähnt, dass bei Frau v. N. die Affecte so vieler traumatischer Erlebnisse erhalten schienen, und dass eine lebhafte Erinnerungsthätigkeit bald dies, bald jenes Trauma an die psychische Oberfläche brachte. Ich möchte mich nun getrauen, den Grund für diese Erhaltung der Affecte bei Frau v. N. anzugeben. Er hängt allerdings mit ihrer hereditären Anlage zusammen. Ihre Empfindungen waren nämlich einerseits sehr intensiv, sie war eine heftige Natur, der grössten Entbindung von Leidenschaftlichkeit fähig; andererseits lebte sie seit dem Tode ihres Mannes in völliger seelischer Vereinsamung, durch die Verfolgungen der Verwandtschaft gegen Freunde misstrauisch gemacht, eifersüchtig darüber wachend, dass Niemand zuviel Einfluss auf ihr Handeln gewinne. Der Kreis ihrer Pflichten war ein grosser, und die ganze psychische Arbeit, die ihr aufgenöthigt war, besorgte sie allein ohne Freund oder Vertraute, fast isolirt von ihrer Familie und unter der Erschwerung, die ihre Gewissenhaftigkeit, ihre Neigung zur Selbsquälerei, oft auch ihre natürliche Rathlosigkeit als Frau ihr auferlegten. Kurz, der Mechanismus der Retention grosser Erregungssummen an und für sich ist hier nicht zu verkennen. Er stützt sich theils auf die Umstände ihres Lebens, theils auf ihre natürliche Anlage; ihre Scheu z. B., etwas über sich mitzutheilen, war so gross, dass keiner von den täglichen Besuchern ihres Hauses, wie ich 1891 mit Erstaunen merkte, sie als krank oder mich als ihren Arzt kannte.

Ob ich damit die Aetiologie dieses Falles von Hysterie erschöpft habe? Ich glaube es nicht, denn ich stellte mir zur Zeit der beiden

Behandlungen noch nicht jene Fragen, deren Beantwortung es für eine erschöpfende Aufklärung bedarf. Ich denke jetzt, es muss noch etwas hinzugekommen sein, um bei den durch lange Jahre unveränderten ätiologisch wirksamen Verhältnissen einen Ausbruch des Leidens gerade in den letzten Jahren zu provociren. Es ist mir auch aufgefallen, dass in all den intimen Mittheilungen, die mir die Patientin machte, das sexuelle Element, das doch wie kein anderes Anlass zu Traumen gibt, völlig fehlte. So ohne jeglichen Rest können die Erregungen in dieser Sphäre wohl nicht geblieben sein, es war wahrscheinlich eine editio in usum delphini ihrer Lebensgeschichte, die ich zu hören bekam. Die Patientin war in ihrem Benehmen von der grössten, ungekünstelt erscheinenden Decenz, ohne Prüderie. Wenn ich aber an die Zurückhaltung denke, mit der sie mir in der Hypnose das kleine Abenteuer ihrer Kammerfrau im Hôtel erzählte, komme ich auf den Verdacht, diese heftige, so starker Empfindungen fähige Frau habe den Sieg über ihre sexuellen Bedürfnisse nicht ohne schwere Kämpfe gewonnen, und sich zu Zeiten bei dem Versuch einer Unterdrückung dieses mächtigsten aller Triebe psychisch schwer erschöpft. Sie gestand mir einmal, dass sie nicht wieder geheiratet habe, weil sie bei ihrem grossen Vermögen der Uneigennützigkeit der Bewerber nicht vertrauen konnte, und weil sie sich Vorwürfe gemacht hätte, den Interessen ihrer beiden Kinder durch eine neue Verheiratung zu schaden.

Noch eine Bemerkung muss ich anfügen, ehe ich die Krankengeschichte der Frau v. N. beschliesse. Wir kannten sie beide ziemlich genau, Dr. Breuer und ich, und durch ziemlich lange Zeit, und wir pflegten zu lächeln, wenn wir ihr Charakterbild mit der Schilderung der hysterischen Psyche verglichen, die sich seit alten Zeiten durch die Bücher und die Meinung der Aerzte zieht. Wenn wir aus der Beobachtung der Frau Cäcilie M.... ersehen hatten, dass Hysterie schwerster Form mit der reichhaltigsten und originellsten Begabung vereinbar ist — eine Thatsache, die übrigens aus den Biographien der für Geschichte und Literatur bedeutsamen Frauen bis zur Evidenz hervorleuchtet, — so hatten wir an Frau Emmy v. N. ein Beispiel dafür, dass die Hysterie auch tadellose Charakterentwicklung und zielbewusste Lebensführung nicht ausschliesst. Es war eine ausgezeichnete Frau, die wir kennen gelernt hatten, deren sittlicher Ernst in der Auffassung ihrer Pflichten, deren geradezu männliche Intelligenz und Energie, deren hohe Bildung und Wahrheitsliebe uns beiden imponirte, während ihre gütige Fürsorge für alle ihr unterstehenden Personen,

ihre innere Bescheidenheit und die Feinheit ihrer Umgangsformen sie auch als Dame achtenswert erscheinen liess. Eine solche Frau eine „Degenerirte“ zu nennen, heisst die Bedeutung dieses Wortes bis zur Unkenntlichkeit entstellen. Man thut gut daran, die „disponirten“ Menschen von den „degenerirten“ begrifflich zu sondern, sonst wird man sich zum Zugeständnis gezwungen sehen, dass die Menschheit einen guten Theil ihrer grossen Errungenschaften den Anstrengungen „degenerirter“ Individuen zu verdanken hat.

Ich gestehe auch, ich kann in der Geschichte der Frau v. N. nichts von der „psychischen Minderleistung“ finden, auf welche P. Janet die Entstehung der Hysterie zurückführt. Die hysterische Disposition bestünde nach ihm in einer abnormen Enge des Bewusstseinsfeldes (infolge hereditärer Degeneration), welche zur Vernachlässigung ganzer Reihen von Wahrnehmungen, in weiterer Folge zum Zerfall des Ich und zur Organisirung secundärer Persönlichkeiten Anlass gibt. Demnach müsste auch der Rest des Ich, nach Abzug der hysterisch organisirten psychischen Gruppen, minder leistungsfähig sein als das normale Ich, und in der That ist nach Janet dieses Ich bei den Hysterischen mit psychischen Stigmaten belastet, zum Monoideïsmus verurtheilt und der gewöhnlichen Willensleistungen des Lebens unfähig. Ich meine, Janet hat hier Folgezustände der hysterischen Bewusstseinsveränderung mit Unrecht zu dem Rang von primären Bedingungen der Hysterie erhoben. Das Thema ist einer eingehenderen Behandlung an anderer Stelle wert; bei Frau v. N. aber war von solcher Minderleistung nichts zu bemerken. Während der Periode ihrer schwersten Zustände war und blieb sie fähig, ihren Antheil an der Leitung eines grossen industriellen Unternehmens zu besorgen, die Erziehung ihrer Kinder niemals aus den Augen zu verlieren, ihren Briefverkehr mit geistig hervorragenden Personen fortzusetzen, kurz allen ihren Pflichten soweit nachzukommen, dass ihr Kranksein verborgen bleiben konnte. Ich sollte doch meinen, das ergäbe ein ansehnliches Maass von psychischer Ueberleistung, das vielleicht auf die Dauer nicht haltbar war, das zu einer Erschöpfung, zur sekundären „Misère psychologique“ führen musste. Wahrscheinlich begannen zur Zeit, da ich sie zuerst sah, bereits solche Störungen ihrer Leistungsfähigkeit sich fühlbar zu machen, aber jedenfalls hatte schwere Hysterie lange Jahre vor diesen Symptomen der Erschöpfung bestanden.

III. Miss Lucy R., 30 J. (Freud.)

Ende 1892 wies ein befreundeter College eine junge Dame an mich, die wegen chronisch wiederkehrender eitriger Rhinitiden in seiner Behandlung stand. Wie sich später herausstellte, war eine Caries des Siebbeines die Ursache der Hartnäckigkeit ihrer Beschwerden. Zuletzt hatte sich die Patientin an ihn wegen neuer Symptome gewendet, die der kundige Arzt nicht mehr auf locale Affection schieben konnte. Sie hatte die Geruchswahrnehmung völlig eingebüsst und wurde von ein oder zwei subjectiven Geruchsempfindungen fast unausgesetzt verfolgt. Sie empfand dieselben sehr peinlich, war ausserdem in ihrer Stimmung gedrückt, müde, klagte über schweren Kopf, verminderte Esslust und Leistungsunfähigkeit.

Die junge Dame, die als Gouvernante im Hause eines Fabriksdirectors im erweiterten Wien lebte, besuchte mich von Zeit zu Zeit in meiner Ordinationsstunde. Sie war Engländerin, von zarter Constitution, pigmentarm, bis auf die Affection der Nase gesund. Ihre ersten Mittheilungen bestätigten die Angaben des Arztes. Sie litt an Verstimmung und Müdigkeit, wurde von subjectiven Geruchsempfindungen gequält, zeigte von hysterischen Symptomen eine ziemlich deutliche, allgemeine Analgesie bei intacter Tastempfindlichkeit; die Gesichtsfelder ergaben bei grober Prüfung (mit der Hand) keine Einschränkung. Das Innere der Nase war vollkommen analgisch und reflexlos. Berührungen wurden verspürt, die Wahrnehmung dieses Sinnesorganes war sowohl für specifische, wie für andere Reize (Ammoniak, Essigsäure) aufgehoben. Der eitrige Nasenkatarrh befand sich eben in einer Periode der Besserung.

Bei dem ersten Bemühen, den Krankheitsfall verständlich zu machen, mussten sich die subjectiven Geruchsempfindungen als wiederkehrende Hallucinationen der Deutung von hysterischen Dauersymptomen fügen. Die Verstimmung war vielleicht der zu dem Trauma gehörige Affect, und es musste sich ein Erlebniss finden lassen, bei dem diese jetzt subjectiv gewordenen Gerüche objectiv gewesen waren; dieses Erlebniss musste das Trauma sein, als dessen Symbole in der Erinnerung die Geruchsempfindungen wiederkehren. Vielleicht war es richtiger, die wiederkehrenden Geruchs-Hallucinationen, sammt der sie begleitenden Verstimmung, als Aequivalente des hysterischen Anfalls zu betrachten; die Natur wiederkehrender Hallucinationen macht sie ja zur Rolle von Dauersymptomen ungeeignet. Darauf kam es in diesem rudimentär ausgebildeten Falle wirklich nicht an; durchaus erforderlich war aber,

dass die subjectiven Geruchsempfindungen eine solche Specialisirung zeigten, wie sie ihrer Herkunft von einem ganz bestimmten realen Object entsprechen konnte.

Diese Erwartung erfüllte sich alsbald. Auf meine Frage, was für ein Geruch sie zumeist verfolge, erhielt ich die Antwort: wie von verbrannter Mehlspeise. Ich brauchte also nur anzunehmen, es sei wirklich der Geruch verbrannter Mehlspeise, der in dem traumatisch wirksamen Erlebniss vorgekommen sei. Dass Geruchsempfindungen zum Erinnerungssymbol von Traumen gewählt werden, ist zwar recht ungewöhnlich, allein es lag nahe, einen Grund für diese Auswahl anzugeben. Die Kranke war mit eitriger Rhinitis behaftet, darum die Nase und deren Wahrnehmungen im Vordergrund ihrer Aufmerksamkeit. Von den Lebensverhältnissen der Kranken wusste ich nur, dass in dem Hause, dessen zwei Kinder sie behütete, die Mutter fehle, die vor einigen Jahren an acuter schwerer Erkrankung gestorben war.

Ich beschloss also, den Geruch nach „verbrannter Mehlspeise“ zum Ausgangspunkt der Analyse zu machen. Die Geschichte dieser Analyse will ich so erzählen, wie sie unter günstigeren Verhältnissen hätte vorfallen können; thatsächlich dehnte sich, was eine einzige Sitzung hätte werden sollen, auf mehrere aus, da die Kranke mich nur in der Ordination besuchen konnte, wo ich ihr wenig Zeit zu widmen hatte, und zog sich ein einziges solches Gespräch über mehr als eine Woche, da ihre Pflichten ihr auch nicht gestatteten, den weiten Weg von der Fabrik zu mir so oft zu machen. Wir brachen also mitten in der Unterredung ab, um nächstes Mal den Faden an der nämlichen Stelle wieder aufzunehmen.

Miss Lucy R. wurde nicht somnambul, als ich sie in Hypnose zu versetzen versuchte. Ich verzichtete also auf den Somnambulismus und machte die ganze Analyse mit ihr in einem Zustande durch, der sich vom normalen vielleicht überhaupt wenig unterschied.

Ich muss mich über diesen Punkt in der Technik meines Verfahrens eingehender äussern. Als ich im Jahre 1889 die Kliniken von Nancy besuchte, hörte ich den Altmeister der Hypnose, den Dr. Liébeault, sagen: „Ja, wenn wir die Mittel besässen, jedermann somnambul zu machen, wäre die hypnotische Heilmethode die mächtigste von allen.“ Auf der Klinik Bernheim's schien es fast, als gäbe es wirklich eine solche Kunst und als könnte man sie von Bernheim lernen. Sobald ich aber diese Kunst an meinen eigenen Kranken zu üben versuchte, merkte ich, dass wenigstens meinen Kräften in dieser

Hinsicht enge Schranken gezogen seien, und dass, wo ein Patient nicht nach 1—3 Versuchen somnambul wurde, ich auch kein Mittel besass, ihn dazu zu machen. Der Procentsatz der Somnambulen blieb aber in meiner Erfahrung weit hinter dem von Bernheim angegebenen zurück.

So stand ich vor der Wahl, entweder die kathartische Methode in den meisten Fällen, die sich dazu eignen mochten, zu unterlassen, oder den Versuch zu wagen, sie ausserhalb des Somnambulismus in leichten und selbst in zweifelhaften Fällen von hypnotischer Beeinflussung auszuüben. Welchem Grad von Hypnose — nach einer der hiefür aufgestellten Scalen — der nicht somnambule Zustand entsprach, schien mir gleichgiltig, da ja jede Richtung der Suggerirbarkeit von der anderen ohnedies unabhängig ist, und die Hervorrufung von Katalepsie, automatischen Bewegungen udgl. für eine Erleichterung in der Erweckung von vergessenen Erinnerungen, wie ich sie brauchte, nichts präjudicirt. Ich gewöhnte mir auch bald die Vornahme jener Versuche ab, welche den Grad der Hypnose bestimmen sollen, da diese in einer ganzen Reihe von Fällen den Widerstand der Kranken rege machten und mir das Zutrauen trübten, das ich für die wichtigere psychische Arbeit brauchte. Ueberdiess war ich bald müde geworden, auf die Versicherung und den Befehl: „Sie werden schlafen, schlafen Sie!“ immer wieder bei leichteren Graden von Hypnose den Einspruch zu hören: „Aber Herr Doctor, ich schlafe ja nicht“, um dann die allzuheikle Unterscheidung vorbringen zu müssen: „Ich meine ja nicht den gewöhnlichen Schlaf, ich meine die Hypnose. Sehen Sie, Sie sind hypnotisirt, Sie können ja die Augen nicht öffnen udgl. Uebrigens brauche ich den Schlaf gar nicht“ udgl. Ich bin selbst überzeugt, dass viele meiner Collegen in der Psychotherapie sich aus diesen Schwierigkeiten geschickter zu ziehen wissen als ich; die mögen dann auch anders verfahren. Ich finde aber, wenn man in solcher Häufigkeit darauf rechnen darf, sich durch den Gebrauch eines Wortes Verlegenheit zu bereiten, thut man besser daran, dem Wort und der Verlegenheit aus dem Weg zu gehen. Wo also der erste Versuch nicht Somnambulismus oder einen Grad von Hypnose mit ausgesprochenen körperlichen Veränderungen ausgab, da lies ich die Hypnose scheinbar fallen, verlangte nur „Concentrirung“ und ordnete die Rückenlage und willkürlichen Verschluss der Augen als Mittel zur Erreichung dieser „Concentrirung“ an. Ich mag dabei mit leichter Mühe zu so tiefen Graden der Hypnose gelangt sein, als es überhaupt erreichbar war.

Indem ich aber auf den Somnambulismus verzichtete, beraubte ich mich vielleicht einer Vorbedingung, ohne welche die kathartische Methode unanwendbar schien. Sie beruhte ja darauf, dass die Kranken in dem veränderten Bewusstseinzustand solche Erinnerungen zur Verfügung hatten und solche Zusammenhänge erkannten, die in ihrem normalen Bewustseinzustand angeblich nicht vorhanden waren. Wo die somnambule Erweiterung des Gedächtnisses wegfiel, musste auch die Möglichkeit ausbleiben, eine Causalbeziehung herzustellen, die der Kranke dem Arzt nicht als eine ihm bekannte entgegenbrachte, und gerade die pathogenen Erinnerungen sind es ja, „die dem Gedächtniss der Kranken in ihrem gewöhnlichen psychischen Zustande fehlen oder nur höchst summarisch darin vorhanden sind.“ (Vorl. Mittheilung.)

Aus dieser neuen Verlegenheit half mir die Erinnerung, dass ich Bernheim selbst den Beweis hatte erbringen sehen, die Erinnerungen des Somnambulismus seien im Wachzustand nur scheinbar vergessen und liessen sich durch leichtes Mahnen, verknüpft mit einem Handgriff, der einen andern Bewusstseinszustand markiren sollte, wieder hervorrufen. Er hatte z. B. einer Somnambulen die negative Hallucination ertheilt, er sei nicht mehr anwesend, hatte sich dann auf die mannigfaltigsten Weisen und durch schonungslose Angriffe ihr bemerkbar zu machen versucht. Es war nicht gelungen. Nachdem die Kranke erweckt war, verlangte er zu wissen, was er mit ihr vorgenommen, während sie geglaubt habe, er sei nicht da. Sie gab erstaunt zur Antwort, sie wisse von nichts, aber er gab nicht nach, behauptete, sie würde sich an alles erinnern, legte ihr die Hand auf die Stirne, damit sie sich besänne, und siehe da, sie erzählte endlich alles, was sie im somnambulen Zustand angeblich nicht wahrgenommen und wovon sie im Wachzustand angeblich nichts gewusst hatte.

Dieser erstaunliche und lehrreiche Versuch war mein Vorbild. Ich beschloss von der Voraussetzung auszugehen, dass meine Patienten alles, was irgend von pathogener Bedeutung war, auch wussten, und dass es sich nur darum handle, sie zum Mittheilen zu nöthigen. Wenn ich also zu einem Punkt gekommen war, wo ich auf die Frage: „Seit wann haben Sie dies Symptom? Oder, woher rührt es?“ die Antwort bekam: „Das weiss ich wirklich nicht“, so verfuhr ich folgendermaassen. Ich legte der Kranken die Hand auf die Stirne oder nahm ihren Kopf zwischen meine beiden Hände und sagte: „Es wird Ihnen jetzt einfallen unter dem Druck meiner Hand. Im Augenblick, da ich mit dem Druck auf-

höre, werden Sie etwas vor sich sehen oder wird Ihnen etwas als Einfall durch den Kopf gehen, und das greifen Sie auf. Es ist das, was wir suchen. — Nun, was haben Sie gesehen oder was ist Ihnen eingefallen?"

Als ich dieses Verfahren die ersten Male anwendete (es war nicht bei Miss Lucy R.), war ich selbst erstaunt, dass es mir gerade das lieferte, was ich brauchte, und ich darf sagen, es hat mich seither kaum jemals im Stich gelassen, hat mir immer den Weg gezeigt, den meine Ausforschung zu gehen hatte, und hat mir ermöglicht, jede derartige Analyse ohne Somnambulismus zu Ende zu führen. Ich wurde allmählich so kühn, dass ich den Patienten, die zur Antwort gaben: „Ich sehe nichts" oder: „Mir ist nichts eingefallen", erklärte: Das sei nicht möglich. Sie hätten gewiss das Richtige erfahren, nur glaubten sie nicht daran, dass es das sei, und hätten es verworfen. Ich würde die Procedur wiederholen, so oft sie wollten, sie würden jedesmal dasselbe sehen. Ich behielt in der That jedesmal Recht; die Kranken hatten noch nicht gelernt, ihre Kritik ruhen zu lassen, hatten die auftauchende Erinnerung oder den Einfall verworfen, weil sie ihn für unbrauchbar, für eine dazwischenkommende Störung hielten, und nachdem sie ihn mitgetheilt hatten, ergab es sich jedesmal, dass es der richtige war. Gelegentlich bekam ich auch die Antwort, wenn ich die Mittheilung nach dem dritten oder vierten Druck erzwungen hatte: „Ja, das habe ich schon beim ersten Mal gewusst, aber gerade das habe ich nicht sagen wollen", oder „ich habe gehofft, das wird es nicht sein."

Mühevoller war diese Art, das angeblich verengte Bewusstsein zu erweitern, immerhin weit mehr als das Ausforschen im Somnambulismus, aber sie machte mich doch vom Somnambulismus unabhängig und gestattete mir eine Einsicht in die Motive, die häufig für das „Vergessen" von Erinnerungen ausschlaggebend sind. Ich kann behaupten, dieses Vergessen ist oft ein beabsichtigtes, gewünschtes. Es ist immer ein nur s c h e i n b a r gelungenes.

Vielleicht noch merkwürdiger ist mir erschienen, dass man angeblich längst vergessene Zahlen und Daten durch ein ähnliches Verfahren wiederbringen und so eine unvermuthete Treue des Gedächtnisses erweisen kann.

Die geringe Auswahl, die man bei der Suche nach Zahlen und Daten hat, gestattet nämlich, den aus der Lehre von der Aphasie bekannten Satz zur Hilfe zu nehmen, dass Erkennen eine geringere Leistung des Gedächtnisses ist als sich spontan besinnen.

Man sagt also dem Patienten, der sich nicht erinnern kann, in welchem Jahr, Monat und an welchem Tag ein gewisses Ereigniss vorfiel, die Jahreszahlen, um die es sich handeln kann, die zwölf Monatsnamen, die 31 Zahlen der Monatstage vor und versichert ihm, dass bei der richtigen Zahl oder beim richtigen Namen sich seine Augen von selbst öffnen würden, oder dass er dabei fühlen werde, welche Zahl die richtige sei. In den allermeisten Fällen entscheiden sich dann die Kranken wirklich für ein bestimmtes Datum und häufig genug (so bei Frau Cecilie N.) liess sich durch vorhandene Aufzeichnungen aus jener Zeit nachweisen, dass das Datum richtig erkannt war. Andere Male und bei andern Kranken ergab sich aus dem Zusammenhang der erinnerten Thatsachen, dass das so gefundene Datum unanfechtbar war. Die Kranke bemerkte z. B., nachdem man ihr das durch „Auszählen“ gewonnene Datum vorgehalten hatte: „Das ist ja der Geburtstag des Vaters“ und setzte dann fort: „Ja gewiss, weil es der Geburtstag des Vaters war, habe ich ja das Ereigniss (von dem wir sprachen) erwartet.“

Ich kann dieses Thema hier nur streifen. Der Schluss, den ich aus all diesen Erfahrungen zog, war der, dass die als pathogene wichtigen Erlebnisse mit all ihren Nebenumständen treulich vom Gedächtnis festgehalten werden, auch wo sie vergessen scheinen, wo dem Kranken die Fähigkeit fehlt, sich auf sie zu besinnen.[1]

---

[1] Ich will als Beispiel für die oben geschilderte Technik des Ausforschens im nicht somnambulen Zustand, also bei nicht erweitertem Bewusstsein, einen Fall erzählen, den ich gerade in den letzten Tagen analysirt habe. Ich behandle eine Frau von 38 Jahren, die an Angstneurose (Agoraphobie, Todesangstanfällen u. dgl.) leidet. Sie hat, wie so viele dieser Kranken, eine Abneigung zuzugestehen, dass sie dieses Leiden in ihrem ehelichen Leben acquirirt hat, und möchte es gerne in ihre frühe Jugend zurückschieben. So berichtet sie mir, dass sie als 17jähriges Mädchen den ersten Anfall von Schwindel mit Angst und Ohnmachtsgefühl auf der Strasse ihrer kleinen Heimathstadt bekommen hat, und dass diese Anfälle sich zeitweise wiederholt haben, bis sie vor wenigen Jahren dem jetzigen Leiden den Platz räumten. Ich vermuthe, dass diese ersten Schwindelanfälle, bei denen sich die Angst immer mehr verwischte, hysterische waren, und beschliesse, in die Analyse derselben einzugehen. Sie weiss zunächst nur, dass dieser erste Anfall sie überfiel, während sie ausgegangen war, in den Läden der Hauptstrasse Einkäufe zu machen. — Was wollten Sie denn einkaufen? — Verschiedenes, ich glaube, für einen Ball, zu dem ich eingeladen war. — Wann sollte dieser Ball stattfinden? — Es kommt mir vor, zwei Tage später. — Da muss doch einige Tage vorher etwas vorgefallen sein, was Sie aufregte, was Ihnen einen Eindruck machte. — Ich weiss aber nichts, es sind 21 Jahre her. — Das macht nichts,

Ich kehre nach dieser langen, aber unabweisbaren Abschweifung zur Geschichte von Miss Lucy R. zurück. Sie wurde also beim Versuch der Hypnose nicht somnambul, sondern lag bloss ruhig da in

Sie werden sich doch erinnern. Ich drücke auf Ihren Kopf, und wenn ich mit dem Druck nachlasse, werden Sie an etwas denken oder werden etwas sehen; das sagen Sie dann . . . . Ich nehme die Procedur vor; sie schweigt aber — Nun. ist Ihnen nichts eingefallen? — Ich habe an etwas gedacht, aber das kann doch keinen Zusammenhang damit haben. — Sagen Sie's nur. — Ich habe an eine Freundin gedacht, ein junges Mädchen, die gestorben ist; aber die ist gestorben, wie ich 18 Jahre alt war, also ein Jahr später. — Wir werden sehen, bleiben wir jetzt dabei. Was war mit dieser Freundin? — Ihr Tod hat mich sehr erschüttert, weil ich viel mit ihr verkehrte. Einige Wochen vorher war ein anderes junges Mädchen gestorben, das hat viel Aufsehen in der Stadt gemacht; also dann war es doch, wie ich 17 Jahre alt war. — Sehen Sie, ich habe Ihnen gesagt, man kann sich auf die Dinge verlassen, die einem unter dem Druck der Hand einfallen. Nun aber erinnern Sie sich, was für ein Gedanke war dabei, als Sie den Schwindelanfall auf der Strasse bekamen? — Es war gar kein Gedanke dabei, nur ein Schwindel. — Das ist nicht möglich, solche Zustände gibt es nicht ohne eine begleitende Idee. Ich werde wieder drücken, und der Gedanke von damals wird Ihnen wiederkommen. — Also was ist Ihnen eingefallen? — Mir ist eingefallen: Jetzt bin ich die Dritte. — Was heisst das? — Ich muss bei dem Schwindelanfall gedacht haben: Jetzt sterbe ich auch wie die beiden andern jungen Mädchen. — Das war also die Idee; Sie haben bei dem Anfall an die Freundin gedacht. Da muss Ihnen also ihr Tod einen grossen Eindruck gemacht haben. — Ja gewiss, ich erinnere mich jetzt, wie ich von dem Todesfalle gehört habe, war es mir schrecklich, dass ich auf einen Ball gehen soll, während sie todt ist. Aber ich habe mich so auf den Ball gefreut und war so beschäftigt mit der Einladung; ich habe gar nicht an das traurige Ereigniss denken wollen. (Man bemerke hier die absichtliche Verdrängung aus dem Bewusstsein, welche die Erinnerung an die Freundin pathogen macht.)

Der Anfall ist jetzt einigermaassen aufgeklärt, ich bedarf aber noch eines occasionellen Momentes, welches die Erinnerung gerade damals provocirt, und bilde mir darüber eine zufällig glückliche Vermuthung. — Sie erinnern sich genau, durch welche Strasse Sie damals gegangen sind? — Freilich, die Hauptstrasse mit ihren alten Häusern, ich sehe sie vor mir. — Nun, und wo hatte die Freundin gewohnt? — In derselben Strasse, ich war eben vorbeigegangen, zwei Häuser weiter ist mir der Anfall gekommen. — Dann hat Sie also das Haus, während Sie vorbeigingen, an die todte Freundin erinnert und der Contrast, von dem Sie damals nichts wissen wollten, Sie neuerdings gepackt.

Ich gebe mich noch immer nicht zufrieden. Vielleicht war doch noch etwas anderes im Spiel, was bei dem bis dahin normalen Mädchen die hysterische Disposition wachgerufen oder verstärkt hat. Meine Vermuthungen lenken sich auf das periodische Unwohlsein als ein dazu geeignetes Moment, und ich frage: Wissen Sie, wann in dem Monat die Periode kam? — Sie wird unwillig: Das soll ich auch noch wissen? Ich weiss nur, sie war um diese Zeit sehr selten und

irgend einem Grade leichterer Beeinflussung, die Augen stetig geschlossen, die Miene etwas starr, ohne mit einem Glied zu rühren. Ich fragte sie, ob sie sich erinnere, bei welchem Anlass die Geruchsempfindung der verbrannten Mehlspeise entstanden sei. — O ja, das weiss ich ganz genau. Es war vor ungefähr zwei Monaten, zwei Tage vor meinem Geburtstag. Ich war mit den Kindern im Schulzimmer und spielte mit ihnen (zwei Mädchen) Kochen, da wurde ein Brief hereingebracht, den der Briefträger eben abgegeben hatte. Ich erkannte an Poststempel und Handschrift, dass der Brief von meiner Mutter in Glasgow sei, wollte ihn öffnen und lesen. Da kamen die Kinder auf mich losgestürzt, rissen mir den Brief aus der Hand und riefen: Nein, Du darfst ihn jetzt nicht lesen, er ist gewiss für Deinen Geburtstag, wir werden ihn Dir aufheben. Während die Kinder so um mich spielten, verbreitete sich plötzlich ein intensiver Geruch. Die Kinder hatten die Mehlspeise, die sie kochten, im Stiche gelassen, und die war angebrannt. Seit damals verfolgt mich dieser Geruch, er ist eigentlich immer da und wird stärker bei Aufregung.

Sie sehen diese Scene deutlich vor sich? — Greifbar, wie ich sie erlebt habe. — Was konnte Sie denn daran so aufregen? — Es rührte mich, dass die Kinder so zärtlich gegen mich waren. — Waren sie das nicht immer? — Ja, aber gerade, als ich den Brief der Mutter bekam. — Ich verstehe nicht, inwiefern die Zärtlichkeit der Kleinen und der Brief der Mutter einen Contrast ergeben haben sollen, den Sie doch anzudeuten scheinen. — Ich hatte nämlich die Absicht, zu meiner Mutter zu reisen, und da fiel es mir so schwer

---

sehr unregelmässig. Wie ich 17 Jahre alt war, hatte ich sie nur einmal — Also, wir werden auszählen, wann dieses eine Mal war. — Sie entscheidet sich beim Auszählen mit Sicherheit für einen Monat und schwankt zwischen zwei Tagen unmittelbar vor einem Datum, das einem fixen Festtag angehört. — Stimmt das irgendwie mit der Zeit des Balles? — Sie antwortet kleinlaut: Der Ball war — an dem Feiertag. Und jetzt erinnere ich mich auch, es hat mir einen Eindruck gemacht, dass die einzige Periode, die ich in diesem Jahr hatte, gerade vor dem Ball kommen musste. Es war der erste, zu dem ich geladen war.

Man kann sich jetzt den Zusammenhang der Begebenheiten unschwer reconstruiren und sieht in den Mechanismus dieses hysterischen Anfalles hinein. Dieses Ergebniss war freilich mühselig genug gewonnen und bedurfte des vollen Zutrauens in die Technik von meiner Seite und einzelner leitender Einfälle, um solche Einzelheiten eines vergessenen Erlebnisses nach 21 Jahren bei einer ungläubigen, eigentlich wachen Patientin wiederzuerwecken. Dann aber stimmte Alles zusammen.

auf's Herz, diese lieben Kinder zu verlassen. — Was ist's mit Ihrer Mutter? Lebt sie wohl so einsam und hat Sie zu sich beschieden? Oder war sie krank um diese Zeit und Sie erwarteten Nachricht von ihr? — Nein, sie ist kränklich, aber nicht gerade krank und hat eine Gesellschafterin bei sich. — Warum mussten Sie also die Kinder verlassen? — Es war im Hause nicht mehr auszuhalten. Die Haushälterin, die Köchin und die Französin scheinen geglaubt zu haben, dass ich mich in meiner Stellung überhebe, haben sich zu einer kleinen Intrigue gegen mich vereinigt, dem Grosspapa (der Kinder) alles Mögliche über mich hinterbracht, und ich fand an den beiden Herren nicht die Stütze, die ich erwartet hatte, als ich bei ihnen Klage führte. Darauf habe ich dem Herrn Director (dem Vater der Kinder) meine Demission angeboten, er antwortete sehr freundlich, ich sollte es mir doch zwei Wochen überlegen, ehe ich ihm meinen definitiven Entschluss mittheilte. In dieser Zeit der Schwebe war ich damals; ich glaubte, ich würde das Haus verlassen. Ich bin seither geblieben. — Und fesselte Sie etwas Besonderes an die Kinder ausser deren Zärtlichkeit gegen Sie? — Ja, ich hatte der Mutter, die eine entfernte Verwandte meiner Mutter war, auf ihrem Todtenbette versprochen, dass ich mich der Kleinen mit allen Kräften annehmen, dass ich sie nicht verlassen und ihnen die Mutter ersetzen werde. Dieses Versprechen hatte ich gebrochen, als ich gekündigt hatte.

So schien denn die Analyse der subjectiven Geruchsempfindung vollendet; dieselbe war in der That dereinst eine objective gewesen, und zwar innig associirt mit einem Erlebniss, einer kleinen Scene, in welcher widerstreitende Affecte einander entgegengetreten waren, das Bedauern, diese Kinder zu verlassen, und die Kränkungen, welche sie doch zu diesem Entschlusse drängten. Der Brief der Mutter hatte sie begreiflicherweise an die Motive zu diesem Entschluss erinnert, da sie von hier zu ihrer Mutter zu gehen gedachte. Der Conflict der Affecte hatte den Moment zum Trauma erhoben, und als Symbol des Traumas war ihr die damit verbundene Geruchsempfindung geblieben. Es bedurfte noch der Erklärung dafür, dass sie von all den sinnlichen Wahrnehmungen jener Scene gerade den einen Geruch zum Symbol ausgewählt hatte. Ich war aber schon darauf vorbereitet, die chronische Erkrankung ihrer Nase für diese Erklärung zu verwerten. Auf mein directes Fragen gab sie auch an, sie hätte gerade zu dieser Zeit wieder an einem so heftigen Schnupfen gelitten, dass sie kaum etwas roch. Den Geruch der verbrannten Mehlspeise nahm sie aber in

ihrer Erregung doch wahr, er durchbrach die organisch begründete Anosmie.

Ich gab mich mit der so erreichten Aufklärung nicht zufrieden. Es klang ja alles recht plausibel, aber es fehlte mir etwas, ein annehmbarer Grund, wesshalb diese Reihe von Erregungen und dieser Widerstreit der Affecte gerade zur Hysterie geführt haben musste. Warum blieb das Ganze nicht auf dem Boden des normalen psychischen Lebens? Mit anderen Worten, woher die Berechtigung zu der hier vorliegenden Conversion? Warum erinnerte sie sich nicht beständig an die Scene selbst, anstatt an die mit ihr verknüpfte Sensation, die sie als Symbol für die Erinnerung bevorzugte? Solche Fragen mochten vorwitzig und überflüssig sein, wo es sich um eine alte Hysterica handelte, welcher jener Mechanismus der Conversion habituell war. Dieses Mädchen hatte aber erst bei diesem Trauma oder wenigstens bei dieser kleinen Leidensgeschichte Hysterie acquirirt.

Nun wusste ich bereits aus der Analyse ähnlicher Fälle, dass, wo Hysterie neu acquirirt werden soll, eine psychische Bedingung hiefür unerlässlich ist, nämlich, dass eine Vorstellung absichtlich aus dem Bewusstsein verdrängt, von der associativen Verarbeitung ausgeschlossen werde.

In dieser absichtlichen Verdrängung erblicke ich auch den Grund für die Conversion der Erregungssumme, sei sie eine totale oder partielle. Die Erregungssumme, die nicht in psychische Association treten soll, findet umso eher den falschen Weg zu einer körperlichen Innervation. Grund der Verdrängung selbst konnte nur eine Unlustempfindung sein, die Unverträglichkeit der einen zu verdrängenden Idee mit der herrschenden Vorstellungsmasse des Ich. Die verdrängte Vorstellung rächt sich aber dadurch, dass sie pathogen wird.

Ich zog also daraus, dass Miss Lucy R. in jenem Moment der hysterischen Conversion verfallen war, den Schluss, dass unter den Voraussetzungen jenes Traumas eine sein müsse, die sie absichtlich im Unklaren lassen wolle, die sie sich bemühe zu vergessen. Nahm ich die Zärtlichkeit für die Kinder und die Empfindlichkeit gegen die andern Personen des Haushaltes zusammen, so liess dies alles nur eine Deutung zu. Ich hatte den Muth, der Patientin diese Deutung mitzutheilen. Ich sagte ihr: „Ich glaube nicht, dass diess alle Gründe für Ihre Empfindung gegen die beiden Kinder sind; ich vermuthe vielmehr, dass Sie in Ihren Herrn, den Director, verliebt sind, viel-

leicht, ohne es selbst zu wissen, dass Sie die Hoffnung in sich nähren, thatsächlich die Stelle der Mutter einzunehmen, und dazu kommt noch, dass Sie so empfindlich gegen die Dienstleute geworden sind, mit denen Sie Jahre lang friedlich zusammengelebt haben. Sie fürchten, dass diese etwas von Ihrer Hoffnung merken und Sie darüber verspotten werden."

Ihre Antwort war in ihrer wortkargen Weise: Ja, ich glaube, es ist so. — Wenn Sie aber wussten, dass Sie den Director lieben, warum haben Sie es mir nicht gesagt? — Ich wusste es ja nicht oder besser, ich wollte es nicht wissen, wollte es mir aus dem Kopf schlagen, nie mehr daran denken; ich glaube, es ist mir auch in der letzten Zeit gelungen.[1]

Warum wollten Sie sich diese Neigung nicht eingestehen? Schämten Sie sich dessen, dass Sie einen Mann lieben sollten? — O, nein, ich bin nicht unverständig prüde; für Empfindungen ist man ja überhaupt nicht verantwortlich. Es war mir nur darum peinlich, weil es der Herr ist, in dessen Dienst ich stehe, in dessen Haus ich lebe, gegen den ich nicht wie gegen einen andern die volle Unabhängigkeit in mir fühle. Und weil ich ein armes Mädchen und er ein reicher Mann aus vornehmer Familie ist; man würde mich ja auslachen, wenn man etwas davon ahnte.

Ich finde nun keinen Widerstand, die Entstehung dieser Neigung zu beleuchten. Sie erzählt, sie habe die ersten Jahre arglos in dem Hause gelebt und ihre Pflichten erfüllt, ohne auf unerfüllbare Wünsche zu kommen. Einmal aber begann der ernste, überbeschäftigte, sonst immer gegen sie reservirte Herr ein Gespräch mit ihr über die

[1] Eine andere und bessere Schilderung des eigenthümlichen Zustandes, in dem man etwas weiss und gleichzeitig nicht weiss, konnte ich nie erzielen. Man kann das offenbar nur verstehen, wenn man sich selbst in solch einem Zustand befunden hat. Ich verfüge über eine sehr auffällige Erinnerung dieser Art, die mir lebhaft vor Augen steht. Wenn ich mich bemühe, mich zu erinnern, was damals in mir vorging, so ist meine Ausbeute recht armselig. Ich sah damals etwas, was mir gar nicht in die Erwartung passte, und liess mich durch das Gesehene nicht im Mindesten in meiner bestimmten Absicht beirren, während doch diese Wahrnehmung meine Absicht hätte aufheben sollen. Ich wurde mir des Widerspruches nicht bewusst, und ebensowenig merkte ich etwas von dem Affect der Abstossung, der doch unzweifelhaft Schuld daran war, dass jene Wahrnehmung zu gar keiner psychischen Geltung gelangte. Ich war mit jener Blindheit bei sehenden Augen geschlagen, die man an Müttern gegen ihre Töchter, an Männern gegen ihre Ehefrauen, an Herrschern gegen ihre Günstlinge so sehr bewundert.

Erfordernisse der Kindererziehung. Er wurde weicher und herzlicher als gewöhnlich, sagte ihr, wie sehr er bei der Pflege seiner verwaisten Kinder auf sie rechne und blickte sie dabei besonders an . . . In diesem Moment begann sie ihn zu lieben und beschäftigte sich selbst gerne mit der erfreulichen Hoffnung, die sie aus jenem Gespräch geschöpft hatte. Erst, als dann nichts mehr nachfolgte, als trotz ihres Wartens und Harrens keine zweite Stunde von vertraulichem Gedankenaustausch kam, beschloss sie, sich die Sache aus dem Sinn zu schlagen. Sie gibt mir ganz Recht, dass jener Blick im Zusammenhange des Gespräches wohl dem Andenken seiner verstorbenen Frau gegolten hat, ist sich auch völlig klar darüber, dass ihre Neigung völlig aussichtslos ist.

Ich erwartete von diesem Gespräch eine gründliche Aenderung ihres Zustandes, diese blieb aber einstweilen aus. Sie war weiterhin gedrückt und verstimmt; eine hydropathische Cur, die ich sie gleichzeitig nehmen liess, frischte sie des Morgens ein wenig auf; der Geruch der verbrannten Mehlspeise war nicht völlig geschwunden, wohl aber seltener und schwächer geworden; er kam, wie sie sagte, nur, wenn sie sehr aufgeregt war.

Das Fortbestehen dieses Erinnerungssymbols liess mich vermuthen, dass dasselbe ausser der Hauptscene die Vertretung der vielen kleinen Nebentraumen auf sich genommen, und so forschten wir denn nach allem, was sonst mit der Scene der verbrannten Mehlspeise in Zusammenhang stehen mochte, gingen das Thema der häuslichen Reibungen, des Benehmens des Grossvaters u. a. durch. Dabei schwand die Empfindung des brenzlichen Geruches immer mehr. Auch eine längere Unterbrechung fiel in diese Zeit, verursacht durch neuerliche Erkrankung der Nase, die jetzt zur Entdeckung der Caries des Siebbeines führte.

Als sie wiederkam, berichtete sie auch, dass Weihnachten ihr so zahlreiche Geschenke von Seiten der beiden Herren und selbst von den Dienstleuten des Hauses gebracht habe, als ob alle bestrebt seien, sie zu versöhnen und die Erinnerung an die Conflicte der letzten Monate bei ihr zu verwischen. Dies offenkundige Entgegenkommen habe ihr aber keinen Eindruck gemacht.

Als ich wieder ein anderes Mal nach dem Geruch der verbrannten Mehlspeise fragte, bekam ich die Auskunft, der sei zwar ganz geschwunden, allein an seiner Stelle quäle sie ein anderer und ähnlicher Geruch, wie von Cigarrenrauch. Derselbe sei wohl auch früher dagewesen, aber wie gedeckt durch den Geruch der Mehlspeise. Jetzt sei er rein hervorgetreten.

Ich war nicht sehr befriedigt von dem Erfolge meiner Therapie. Da war also eingetroffen, was man einer bloss symptomatischen Therapie immer zur Last legt; man hatte ein Symptom weggenommen, bloss damit ein neues an die freie Stelle rücken könne. Indess machte ich mich bereitwillig an die analytische Beseitigung dieses neuen Erinnerungssymbols.

Diesmal wusste sie aber nicht, woher die subjective Geruchsempfindung stamme, bei welcher wichtigen Gelegenheit sie eine objective gewesen sei. „Es wird täglich geraucht bei uns", meinte sie; „ich weiss wirklich nicht, ob der Geruch, den ich verspüre, eine besondere Gelegenheit bedeutet." Ich beharrte nun darauf, dass sie versuche, sich unter dem Drucke meiner Hand zu erinnern. Ich habe schon erwähnt, dass ihre Erinnerungen plastische Lebhaftigkeit hatten, dass sie eine „Visuelle" war. In der That tauchte unter meinem Drängen ein Bild in ihr auf, anfangs zögernd und nur stückweise. Es war das Speisezimmer ihres Hauses, in dem sie mit den Kindern wartet, bis die Herren aus der Fabrik zum Mittagsmal kommen. — Jetzt sitzen wir alle um den Tisch herum: die Herren, die Französin, die Haushälterin, die Kinder und ich. Das ist aber wie alle Tage — Sehen Sie nur weiter auf das Bild hin, es wird sich entwickeln und specialisiren. — Ja, es ist ein Gast da, der Oberbuchhalter, ein alter Herr, der die Kinder liebt wie eigene Enkel, aber der kommt so oft zu Mittag, das ist auch nichts Besonderes. — Haben Sie nur Geduld, blicken Sie immer nur auf das Bild, es wird gewiss etwas vorgehen. — Es geht nichts vor. Wir stehen vom Tisch auf, die Kinder sollen sich verabschieden und gehen dann mit uns wie alle Tage in den zweiten Stock. — Nun? — Es ist doch eine besondere Gelegenheit, ich erkenne die Scene jetzt. Wie die Kinder sich verabschieden, will der Oberbuchhalter sie küssen. Der Herr fährt auf und schreit ihn geradezu an. „Nicht die Kinder küssen." Dabei gibt es mir wie einen Stich in's Herz, und da die Herren schon rauchen, bleibt mir der Cigarrenrauch im Gedächtniss.

Diess war also die zweite, tieferliegende Scene, die als Trauma gewirkt und ein Erinnerungssymbol hinterlassen hatte. Woher rührte aber die Wirksamkeit dieser Scene? — Ich fragte: Was ist der Zeit nach früher, diese Scene oder die mit der verbrannten Mehlspeise? — Die letzte Scene ist die frühere, und zwar um fast zwei Monate. — Warum hat es Ihnen denn einen Stich bei dieser Abwehr des Vaters gegeben? Der Verweis richtete sich doch nicht gegen Sie? — Es war

doch nicht recht, einen alten Herrn so anzufahren, der ein lieber Freund und noch dazu Gast ist. Man kann das ja auch ruhig sagen. — Also hat Sie nur die heftige Form Ihres Herrn verletzt? Haben Sie sich vielleicht für ihn genirt oder haben Sie gedacht, wenn er wegen einer solchen Kleinigkeit so heftig sein kann mit einem alten Freunde und Gast, wie wäre er es erst mit mir, wenn ich seine Frau wäre? — Nein, das ist es nicht. — Es war aber doch wegen der Heftigkeit? — Ja, wegen des Küssens der Kinder, das hat er nie gemocht. — Und nun taucht wieder unter dem Drucke meiner Hand die Erinnerung an eine noch ältere Scene auf, die das eigentlich wirksame Trauma war, und die auch der Scene mit dem Oberbuchhalter die traumatische Wirksamkeit verliehen hatte.

Es hatte sich wieder einige Monate vorher zugetragen, dass eine befreundete Dame auf Besuch kam, die beim Abschied beide Kinder auf den Mund küsste. Der Vater, der dabei stand, überwand sich wohl, der Dame nichts zu sagen, aber nach ihrem Fortgehen brach sein Zorn über die unglückliche Erzieherin los. Er erklärte ihr, er mache sie dafür verantwortlich, wenn jemand die Kinder auf den Mund küsse; es sei ihre Pflicht, es nicht zu dulden, und sie sei pflichtvergessen, wenn sie es zulasse. Wenn es noch einmal geschähe, würde er die Erziehung der Kinder anderen Händen anvertrauen. Es war die Zeit, als sie sich noch geliebt glaubte und auf eine Wiederholung jenes ersten freundlichen Gespräches wartete. Diese Scene knickte ihre Hoffnungen. Sie sagte sich: wenn er wegen einer so geringen Sache, und wo ich überdies ganz unschuldig bin, so auf mich losfahren kann, mir solche Drohungen sagen kann, so habe ich mich geirrt, so hat er nie eine wärmere Empfindung für mich gehabt. Die würde ihn Rücksicht gelehrt haben. — Offenbar war es die Erinnerung an diese peinliche Scene, die ihr kam, als der Oberbuchhalter die Kinder küssen wollte und dafür vom Vater zurechtgewiesen wurde.

Als Miss Lucy mich zwei Tage nach dieser letzten Analyse wieder besuchte, musste ich sie fragen, was mit ihr Erfreuliches vorgegangen sei.

Sie war wie verwandelt, lächelte und trug den Kopf hoch. Einen Augenblick dachte ich daran, ich hätte doch die Verhältnisse irrig beurtheilt und aus der Gouvernante der Kinder sei jetzt die Braut des Directors geworden. Aber sie wehrte meine Vermuthungen ab: „Es ist gar nichts vorgegangen. Sie kennen mich eben nicht, Sie haben mich nur krank und verstimmt gesehen. Ich bin sonst immer so heiter.

Wie ich gestern früh erwacht bin, war der Druck von mir genommen, und seither bin ich wohl. — Und wie denken Sie über Ihre Aussichten im Hause? — Ich bin ganz klar, ich weiss, dass ich keine habe, und werde nicht unglücklich darüber sein. — Und werden Sie sich jetzt mit den Hausleuten vertragen? — Ich glaube, da hat meine Empfindlichkeit das Meiste dazu gethan. — Und lieben Sie den Director noch? — Gewiss, ich liebe ihn, aber das macht mir weiter nichts. Man kann ja bei sich denken und empfinden, was man will.

Ich untersuchte jetzt ihre Nase und fand die Schmerz- und Reflexempfindlichkeit fast völlig wiedergekehrt; sie unterschied auch Gerüche, aber unsicher und nur wenn sie intensiver waren. Ich muss aber dahingestellt lassen, in wieweit an dieser Anosmie die Erkrankung der Nase betheiligt war.

Die ganze Behandlung hatte sich über 9 Wochen erstreckt. 4 Monate später traf ich die Patientin zufällig in einer unserer Sommerfrischen. Sie war heiter und bestätigte die Fortdauer ihres Wohlbefindens.

Epikrise.

Ich möchte den hier erzählten Krankheitsfall nicht gering schätzen, wenngleich er einer kleinen und leichten Hysterie entspricht und nur über wenige Symptome verfügt. Vielmehr erscheint es mir lehrreich, dass auch eine solche, als Neurose armselige Erkrankung so vieler psychischer Voraussetzungen bedarf, und bei eingehenderer Würdigung dieser Krankengeschichte bin ich versucht, sie als vorbildlich für einen Typus der Hysterie hinzustellen, nämlich für die Form von Hysterie, die auch eine nicht hereditär belastete Person durch dazu geeignete Erlebnisse erwerben kann. Wohlgemerkt, ich spreche nicht von einer Hysterie, die unabhängig von jeder Disposition wäre; eine solche gibt es wahrscheinlich nicht, aber von solcher Art von Disposition sprechen wir erst, wenn die Person hysterisch geworden ist; sie ist vorher durch nichts bezeugt gewesen. Neuropathische Disposition, wie man sie gewöhnlich versteht, ist etwas anderes; sie ist bereits vor der Erkrankung durch das Maass hereditärer Belastung oder die Summe individueller psychischer Abnormitäten bestimmt. Von diesen beiden Momenten war bei Miss Lucy R., soweit ich unterrichtet bin, nichts nachzuweisen. Ihre Hysterie darf also eine acquirirte genannt werden und setzt nichts weiter voraus als die wahrscheinlich sehr verbreitete Eignung — Hysterie zu acquiriren, deren Charakteristik wir noch kaum auf der Spur sind.

In solchen Fällen fällt aber das Hauptgewicht auf die Natur des Traumas, natürlich im Zusammenhalt mit der Reaction der Person gegen das Trauma. Es zeigt sich als unerlässliche Bedingung für die Erwerbung der Hysterie, dass zwischen dem Ich und einer an dasselbe herantretenden Vorstellung das Verhältniss der Unverträglichkeit entsteht. Ich hoffe an anderer Stelle zeigen zu können, wie verschiedene neurotische Störungen aus den verschiedenen Verfahren hervorgehen, welche das „Ich" einschlägt, um sich von jener Unverträglichkeit zu befreien. Die hysterische Art der Abwehr — zu welcher eben eine besondere Eignung erfordert wird — besteht nun in der Conversion der Erregung in eine körperliche Innervation, und der Gewinn dabei ist der, dass die unverträgliche Vorstellung aus dem Ichbewusstsein gedrängt ist. Dafür enthält das Ichbewusstsein die durch Conversion entstandene körperliche Reminiscenz, — in unserem Falle die subjectiven Geruchsempfindungen —, und leidet unter dem Affect, der sich mehr oder minder deutlich gerade an diese Reminiscenzen knüpft. Die Situation, die so geschaffen wird, ist nun nicht weiter veränderlich, da durch Verdrängung und Conversion der Widerspruch aufgehoben ist, der zur Erledigung des Affectes aufgefordert hätte. So entspricht der Mechanismus, der die Hysterie erzeugt, einerseits einem Acte moralischer Zaghaftigkeit, andererseits stellt er sich als eine Schutzeinrichtung dar, die dem Ich zu Gebote steht. Es gibt Fälle genug, in denen man zugestehen muss, die Abwehr des Erregungszuwachses durch Production von Hysterie sei auch dermalen das Zweckmässigste gewesen; häufiger wird man natürlich zum Schlusse gelangen, dass ein grösseres Maass von moralischem Muth ein Vortheil für das Individuum gewesen wäre.

Der eigentlich traumatische Moment ist demnach jener, in dem der Widerspruch sich dem Ich aufdrängt und dieses die Verweisung der widersprechenden Vorstellung beschliesst. Durch solche Verweisung wird letztere nicht zunichte gemacht, sondern bloss in's Unbewusste gedrängt; findet dieser Vorgang zum ersten Male statt, so ist hiemit ein Kern und Krystallisationsmittelpunkt für die Bildung einer vom Ich getrennten psychischen Gruppe gegeben, um den sich in weiterer Folge alles sammelt, was die Annahme der widerstreitenden Vorstellung zur Voraussetzung hätte. Die Spaltung des Bewusstseins in diesen Fällen acquirirter Hysterie ist somit eine gewollte, absichtliche, oft wenigstens durch einen Willküract eingeleitete. Eigentlich geschieht etwas anderes, als das Individuum beabsichtigt; es möchte eine Vor-

stellung aufheben, als ob sie gar nie angelangt wäre; es gelingt ihm aber nur, sie psychisch zu isoliren.

In der Geschichte unserer Patientin entspricht der traumatische Moment jener Scene, die ihr der Director wegen des Küssens der Kinder machte. Diese Scene bleibt aber einstweilen ohne sichtliche Wirkung, vielleicht dass Verstimmung und Empfindlichkeit damit begannen, ich weiss nichts darüber —; die hysterischen Symptome entstanden erst später in Momenten, welche man als „auxiliäre" bezeichnen kann, und die man dadurch charakterisiren möchte, dass in ihnen zeitweilig die beiden getrennten psychischen Gruppen zusammenfliessen, wie im erweiterten somnambulen Bewusstsein. Der erste dieser Momente, in denen die Conversion stattfand, war bei Miss Lucy R. die Scene bei Tische, als der Oberbuchhalter die Kinder küssen wollte. Hier spielte die traumatische Erinnerung mit und sie benahm sich so, als hätte sie nicht alles, was sich auf ihre Neigung zu ihrem Herrn bezog, von sich gethan. In anderen Krankengeschichten fallen diese verschiedenen Momente zusammen, die Conversion geschieht unmittelbar unter der Einwirkung des Traumas.

Der zweite auxiliäre Moment wiederholt ziemlich genau den Mechanismus des ersten. Ein starker Eindruck stellt vorübergehend die Einheit des Bewusstseins wieder her, und die Conversion geht den nämlichen Weg, der sich ihr das erste Mal eröffnet hatte. Interessant ist es, dass das zuzweit entstandene Symptom das erste deckt, so dass letzteres nicht eher klar empfunden wird, als bis das erstere weggeschafft ist. Bemerkenswert erscheint mir auch die Umkehrung der Reihenfolge, der sich auch die Analyse fügen muss. In einer ganzen Reihe von Fällen ist es mir ähnlich ergangen; die später entstandenen Symptome deckten die ersten, und erst das letzte, zu dem die Analyse vordrang, enthielt den Schlüssel zum Ganzen.

Die Therapie bestand hier in dem Zwang, der die Vereinigung der abgespaltenen psychischen Gruppe mit dem Ichbewusstsein durchsetzte. Der Erfolg ging merkwürdigerweise nicht dem Maass der geleisteten Arbeit parallel; erst als das letzte Stück erledigt war, trat plötzlich Heilung ein.

IV. Katharina . . . . (Freud).

In den Ferien des Jahres 189* machte ich einen Ausflug in die Hohen Tauern, um für eine Weile die Medicin und besonders die Neurosen zu vergessen. Es war mir fast gelungen, als ich eines Tages

von der Hauptstrasse abwich, um einen abseits gelegenen Berg zu besteigen, der als Aussichtspunkt und wegen seines gut gehaltenen Schutzhauses gerühmt wurde. Nach anstrengender Wanderung oben angelangt, gestärkt und ausgeruht sass ich dann, in die Betrachtung einer entzückenden Fernsicht versunken, so selbstvergessen da, dass ich es erst nicht auf mich beziehen wollte, als ich die Frage hörte: „Ist der Herr ein Doctor?“ Die Frage galt aber mir und kam von dem etwa 18jährigen Mädchen, das mich mit ziemlich mürrischer Miene zur Mahlzeit bedient hatte und von der Wirthin „Katharina“ gerufen worden war. Nach ihrer Kleidung und ihrem Betragen konnte sie keine Magd, sondern musste wohl eine Tochter oder Verwandte der Wirthin sein.

Ich antwortete, zur Selbstbesinnung gelangt: „Ja, ich bin ein Doctor. Woher wissen Sie das?“

„Der Herr hat sich in's Fremdenbuch eingeschrieben, und da hab' ich mir gedacht, wenn der Herr Doctor jetzt ein bischen Zeit hätte —, ich bin nämlich nervenkrank und war schon einmal bei einem Doctor in L..., der hat mir auch etwas gegeben, aber gut ist mir noch nicht geworden.“

Da war ich also wieder in den Neurosen, denn um etwas anderes konnte es sich bei dem grossen und kräftigen Mädchen mit der vergrämten Miene kaum handeln. Es interessirte mich, dass Neurosen in der Höhe von über 2000 Metern so wohl gedeihen sollten, ich fragte also weiter.

Die Unterredung, die jetzt zwischen uns vorfiel, gebe ich so wieder, wie sie sich meinem Gedächtniss eingeprägt hat, und lasse der Patientin ihren Dialect.

„An was leiden Sie denn?“

„Ich hab' so Athemnoth; nicht immer, aber manchmal packt's mich so, dass ich glaube, ich erstick'.“

Das klang nun zunächst nicht nervös, aber es wurde mir gleich wahrscheinlich, dass es nur eine ersetzende Bezeichnung für einen Angstanfall sein sollte. Aus dem Empfindungscomplex der Angst hob sie das eine Moment der Athembeengung ungebührlich hervor.

„Setzen Sie sich her. Beschreiben Sie mir's, wie ist denn so ein Zustand von „Athemnoth“?“

„Es kommt plötzlich über mich. Dann legt's sich zuerst wie ein Druck auf meine Augen, der Kopf wird so schwer und sausen thut's, nicht auszuhalten, und schwindlich bin ich, dass ich glaub', ich fall' um, und dann presst's mir die Brust zusammen, dass ich keinen Athem krieg'.“

„Und im Hals spüren Sie nichts?“

„Den Hals schnürt's mir zusammen, als ob ich ersticken sollt?“

„Und thut es sonst noch was im Kopf?“

„Ja, hämmern thut es zum Zerspringen.“

„Ja, und fürchten Sie sich gar nicht dabei?“

„Ich glaub' immer, jetzt muss ich sterben, und ich bin sonst couragirt, ich geh' überall allein hin. in den Keller und hinunter über den ganzen Berg, aber wenn so ein Tag ist, an dem ich das hab', dann trau' ich mich nirgends hin, ich glaub' immer, es steht jemand hinter mir und packt mich plötzlich an.“

Es war wirklich ein Angstanfall, und zwar eingeleitet von den Zeichen der hysterischen Aura, oder besser gesagt, ein hysterischer Anfall, dessen Inhalt Angst war. Sollte kein anderer Inhalt dabei sein?

„Denken Sie was, immer dasselbe, oder sehen Sie was vor sich, wenn Sie den Anfall haben?“

„Ja, so ein grausliches Gesicht seh ich immer dabei, das mich so schrecklich anschaut, vor dem fürcht' ich mich dann.“

Da bot sich vielleicht ein Weg, rasch zum Kern der Sache vorzudringen.

„Erkennen Sie das Gesicht; ich mein', ist das ein Gesicht, was Sie einmal wirklich gesehen haben?“ — „Nein.“

„Wissen Sie, woher Sie die Anfälle haben?“ „Nein.“ — „Wann haben Sie die denn zuerst bekommen?“ — „Zuerst vor zwei Jahren, wie ich noch mit der Tant' auf dem anderen Berg war, sie hat dort früher das Schutzhaus gehabt, jetzt sind wir seit $1^1/_2$ Jahren hier, aber es kommt immer wieder.“

Sollte ich hier einen Versuch der Analyse machen? Die Hypnose zwar wagte ich nicht in diese Höhen zu verpflanzen, aber vielleicht gelingt es im einfachen Gespräch. Ich musste glücklich rathen. Angst bei jungen Mädchen hatte ich so oft als Folge des Grausens erkannt, das ein virginales Gemüth befällt, wenn sich zuerst die Welt der Sexualität vor ihm aufthut.[1]

---

[1] Ich will den Fall hier anführen, in welchem ich dies causale Verhältniss zuerst erkannte. Ich behandelte eine junge Frau an einer complicirten Neurose, die wieder einmal nicht zugeben wollte, dass sie sich ihr Leiden in ihrem ehelichen Leben geholt hatte. Sie wandte ein, dass sie schon als Mädchen an Anfällen von Angst gelitten habe, die in Ohnmacht ausgingen. Ich blieb standhaft. Als wir besser bekannt geworden waren, sagte sie mir plötzlich eines Tages: „Jetzt will ich Ihnen auch berichten, woher meine Angstzustände als junges Mädchen gekommen

Ich sagte also: „Wenn Sie's nicht wissen, will ich Ihnen sagen, wovon ich denke, dass Sie Ihre Anfälle bekommen haben. Sie haben einmal, damals vor zwei Jahren, etwas gesehen oder gehört, was Sie sehr genirt hat, was Sie lieber nicht möchten gesehen haben."

Sie darauf: „Jesses ja, ich hab' ja den Onkel bei dem Mädel erwischt, bei der Francisca, meiner Cousine!"

„Was ist das für eine Geschichte mit dem Mädel? Wollen Sie mir die nicht erzählen?"

„Einem Doctor darf man ja alles sagen. Also wissen Sie, der Onkel, er war der Mann von meiner Tant', die Sie da gesehen haben, hat damals mit der Tant' das Wirthshaus auf dem **kogel gehabt; jetzt sind sie geschieden, und ich bin Schuld daran, dass sie geschieden sind, weil's durch mich aufgekommen ist, dass er's mit der Francisca hält."

„Ja, wie sind Sie zu der Entdeckung gekommen?"

„Das war so. Vor zwei Jahren sind einmal ein paar Herren heraufgekommen und haben zu essen verlangt. Die Tant' war nicht zu Haus', und die Francisca war nirgends zu finden, die immer gekocht hat. Der Onkel war auch nicht zu finden. Wir suchen sie überall, da sagt der Bub, der Alois, mein Cousin: ‚Am End' ist die Francisca beim Vatern'. Da haben wir beide gelacht, aber gedacht haben wir uns nichts Schlechtes dabei. Wir gehen zum Zimmer, wo der Onkel gewohnt hat, das ist zugesperrt. Das war mir aber auffällig. Sagt der Alois: Am Gang ist ein Fenster, da kann man hineinschauen in's Zimmer. Wir gehen auf den Gang. Aber der Alois mag nicht zum Fenster, er sagt, er fürcht sich. ‚Da sag' ich: Du dummer Bub, ich geh hin, ich fürcht' mich gar nicht'. Ich habe auch gar nichts Arges im Sinne gehabt. Ich schau hinein, das Zimmer war ziemlich dunkel, aber da seh ich den Onkel und die Francisca, und er liegt auf ihr."

„Nun?"

„Ich bin gleich weg vom Fenster, hab' mich an die Mauer angelehnt, hab' die Athemnoth bekommen, die ich seitdem hab', die Sinne sind mir vergangen, die Augen hat es mir zugedrückt und im Kopf hat es gehämmert und gebraust."

„Haben Sie's gleich am selben Tag der Tante gesagt?"

„O nein, ich hab nichts gesagt."

---

sind. Ich habe damals in einem Zimmer neben dem meiner Eltern geschlafen, die Thür war offen und ein Nachtlicht brannte auf dem Tisch. Da habe ich denn einigemale gesehen, wie der Vater zur Mutter in's Bett gegangen ist und habe etwas gehört, was mich sehr aufgeregt hat. Darauf bekam ich dann meine Anfälle."

„Warum sind Sie denn so erschrocken, wie Sie die Beiden beisammen gefunden haben? Haben Sie denn etwas verstanden? Haben Sie sich etwas gedacht, was da geschieht?“

„O nein, ich hab' damals gar nichts verstanden, ich war erst 16 Jahre alt. Ich weiss nicht, worüber ich so erschrocken bin.“

„Fräulein Katharin', wenn Sie sich jetzt erinnern könnten, was damals in Ihnen vorgegangen ist, wie Sie den ersten Anfall bekommen haben, was Sie sich dabei gedacht haben, dann wäre Ihnen geholfen.“

„Ja, wenn ich könnt', ich bin aber so erschrocken gewesen, dass ich alles vergessen hab'.“

(In die Sprache unserer „vorläufigen Mittheilung“ übersetzt, heisst das: Der Affect schafft selbst den hypnoiden Zustand, dessen Producte dann ausser associativem Verkehr mit dem Ichbewusstsein stehen.)

„Sagen Sie, Fräulein, ist der Kopf, den Sie immer bei der Athemnoth sehen, vielleicht der Kopf von der Francisca, wie Sie ihn damals gesehen haben?“

O nein, der war doch nicht so grauslich, und dann ist es ja ein Männerkopf.“

„Oder vielleicht vom Onkel?“

„Ich hab' sein Gesicht gar nicht so deutlich gesehen, es war zu finster im Zimmer und warum sollt' er denn damals ein so schreckliches Gesicht gemacht haben?“

„Sie haben Recht.“ (Da schien nun plötzlich der Weg verlegt. Vielleicht findet sich in der weiteren Erzählung etwas.)

„Und was ist dann weiter geschehen?“

„Nun, die zwei müssen Geräusch gehört haben. Sie sind bald herausgekommen. Mir war die ganze Zeit recht schlecht, ich hab' immer nachdenken müssen, dann ist zwei Tage später ein Sonntag gewesen, da hat's viel zu thun gegeben, ich hab' den ganzen Tag gearbeitet und am Montag früh, da hab' ich wieder den Schwindel gehabt und hab' erbrochen und bin zu Bett geblieben und hab' drei Tage fort und fort gebrochen.“

Wir hatten oft die hysterische Symptomatologie mit einer Bilderschrift verglichen, die wir nach Entdeckung einiger bilinguer Fälle zu, lesen verstünden. In diesem Alphabet bedeutet Erbrechen Ekel. Ich sagte ihr also: „Wenn Sie drei Tage später erbrochen haben, so glaub' ich, Sie haben sich damals, wie Sie in's Zimmer hineingeschaut haben, geekelt.“

„Ja, geekelt werd' ich mich schon haben," sagt sie nachdenklich. „Aber wovor denn?"

„Sie haben vielleicht etwas Nacktes gesehen? Wie waren denn die beiden Personen im Zimmer?"

„Es war zu finster, um was zu sehen, und die waren ja beide angezogen (in Kleidern). Ja, wenn ich nur wüsst', wovor ich mich damals geekelt hab'."

Das wusste ich nun auch nicht. Aber ich forderte sie auf, weiter zu erzählen, was ihr einfiele, in der sicheren Erwartung, es werde ihr gerade das einfallen, was ich zur Aufklärung des Falles brauchte.

Sie berichtet nun, dass sie endlich der Tante, die sie verändert fand und dahinter ein Geheimniss vermuthete, ihre Entdeckung mittheilte, dass es darauf sehr verdriessliche Scenen zwischen Onkel und Tante gab, die Kinder Dinge zu hören bekamen, die ihnen über manches die Augen öffneten, und die sie besser nicht hätten hören sollen, bis die Tante sich entschloss, mit ihren Kindern und der Nichte die andere Wirthschaft hier zu übernehmen und den Onkel mit der unterdess gravid gewordenen Francisca allein zu lassen. Dann aber lässt sie zu meinem Erstaunen diesen Faden fallen und beginnt zwei Reihen von älteren Geschichten zu erzählen, die um 2—3 Jahre hinter dem traumatischen Moment zurückreichen. Die erste Reihe enthält Anlässe, bei denen derselbe Onkel ihr selbst sexuell nachgestellt, als sie erst 14 Jahre alt war. Wie sie einmal mit ihm im Winter eine Partie in's Thal gemacht und dort im Wirtshaus übernachtet. Er blieb trinkend und kartenspielend in der Stube sitzen, sie wurde schläfrig und begab sich frühzeitig in das für Beide bestimmte Zimmer im Stock. Sie schlief nicht fest, als er hinaufkam, dann schlief sie wieder ein und plötzlich erwachte sie und „spürte seinen Körper" im Bett. Sie sprang auf, machte ihm Vorwürfe. „Was treiben's denn, Onkel? Warum bleiben's nicht in Ihrem Bett?" Er versuchte sie zu beschwatzen; „Geh, dumme Gredel, sei still, du weisst ja nicht, wie gut das is." — „Ich mag Ihr Gutes nicht, nit einmal schlafen lassen's einen". Sie bleibt bei der Thür stehen, bereit, auf den Gang hinaus zu flüchten, bis er ablässt und selbst einschläft. Dann legt sie sich in ihr Bett und schläft bis zum Morgen. Aus der Art der Abwehr, die sie berichtet, scheint sich zu ergeben, dass sie den Angriff nicht klar als einen sexuellen erkannte; darnach gefragt, ob sie denn gewusst, was er mit ihr vorgehabt, antwortete sie: Damals nicht, es sei ihr viel später klar

geworden. Sie hätte sich gesträubt, weil es ihr unangenehm war, im Schlaf gestört zu werden, und „weil sich das nicht gehört hat“.

Ich musste diese Begebenheit ausführlich berichten, weil sie für das Verständniss alles Späteren eine grosse Bedeutung besitzt. — Sie erzählt dann noch andere Erlebnisse aus etwas späterer Zeit, wie sie sich seiner abermals in einem Wirthshaus zu erwehren hatte, als er vollbetrunken war, udgl. mehr. Auf meine Frage, ob sie bei diesen Anlässen etwas Aehnliches verspürt wie die spätere Athemnoth, antwortet sie mit Bestimmtheit, dass sie dabei jedesmal den Druck auf die Augen und auf die Brust bekam, aber lange nicht so stark wie bei der Scene der Entdeckung.

Unmittelbar nach Abschluss dieser Reihe von Erinnerungen beginnt sie eine zweite zu erzählen, in welcher es sich um Gelegenheiten handelt, wo sie auf etwas zwischen dem Onkel und der Francisca aufmerksam wurde. Wie sie einmal, die ganze Familie, die Nacht auf einem Heuboden in Kleidern verbracht und sie in Folge eines Geräusches plötzlich aufwachte; sie glaubte zu bemerken, dass der Onkel, der zwischen ihr und der Francisca gelegen war, wegrückte und die Francisca sich gerade legte. Wie sie ein anderes Mal in einem Wirthshaus des Dorfes N . . übernachteten, sie und der Onkel in dem einen Zimmer, die Francisca in einem anderen nebenan. In der Nacht erwachte sie plötzlich und sah eine lange weisse Gestalt bei der Thür, im Begriff, die Klinke niederzudrücken: „Jesses, Onkel, sein Sie's? Was wollen's bei der Thür?“ — „Sei still, ich hab' nur was gesucht.“ — „Da geht man ja bei der anderen Thür heraus.“ — „Ich hab mich halt verirrt u. s. w.

Ich frage sie, ob sie damals einen Argwohn gehabt. „Nein, gedacht hab' ich mir gar nichts dabei, es ist mir nur immer aufgefallen, aber ich hab' nichts weiter daraus gemacht.“ — Ob sie bei diesen Gelegenheiten auch die Angst bekommen? — Sie glaubt, ja, aber diesmal ist sie dessen nicht so sicher.

Nachdem sie diese beiden Reihen von Erzählungen beendigt, hält sie inne. Sie ist wie verwandelt, das mürrische, leidende Gesicht hat sich belebt, die Augen sehen frisch drein, sie ist erleichtert und gehoben. Mir aber ist unterdess das Verständniss ihres Falles aufgegangen; was sie mir zuletzt anscheinend planlos erzählt hat, erklärt vortrefflich ihr Benehmen bei der Scene der Entdeckung. Sie trug damals zwei Reihen von Erlebnissen mit sich, die sie erinnerte aber nicht verstand, zu keinem Schluss verwertete; beim Anblick des

coitirenden Paares stellte sie sofort die Verbindung des neuen Eindrucks mit diesen beiden Reihen von Reminiscenzen her, begann zu verstehen und gleichzeitig abzuwehren. Dann folgte eine kurze Periode der Ausarbeitung, „der Incubation", und darauf stellten sich die Symptome der Conversion, das Erbrechen, als Ersatz für den moralischen und physischen Ekel ein. Das Räthsel war damit gelöst, sie hatte sich nicht vor dem Anblick der Beiden geekelt, sondern vor einer Erinnerung, die ihr jener Anblick geweckt hatte, und alles erwogen, konnte dies nur die Erinnerung an den nächtlichen Ueberfall sein, als sie „den Körper des Onkels spürte".

Ich sagte ihr also, nachdem sie ihre Beichte beendigt hatte: „Jetzt weiss ich schon, was Sie sich damals gedacht haben, wie Sie in's Zimmer hineingeschaut haben. Sie haben sich gedacht: jetzt thut er mit ihr, was er damals bei Nacht und die anderen Male mit mir hat thun wollen. Davor haben Sie sich geekelt, weil Sie sich an die Empfindung erinnert haben, wie Sie in der Nacht aufgewacht sind und seinen Körper gespürt haben."

Sie antwortet: „Das kann schon sein, dass ich mich davor geekelt, und dass ich damals das gedacht hab'."

„Sagen Sie mir einmal genau, Sie sind ja jetzt ein erwachsenes Mädchen und wissen allerlei —"

„Ja jetzt, freilich."

„Sagen Sie mir genau, was haben Sie denn in der Nacht eigentlich von seinem Körper verspürt?"

Sie gibt aber keine bestimmtere Antwort, sie lächelt verlegen und wie überführt, wie einer, der zugeben muss, dass man jetzt auf den Grund der Dinge gekommen ist, über den sich nicht mehr viel sagen lässt. Ich kann mir denken, welches die Tastempfindung war, die sie später deuten gelernt hat; ihre Miene scheint mir auch zu sagen, dass sie von mir voraussetzt, ich denke mir das Richtige, aber ich kann nicht weiter in sie dringen; ich bin ihr ohnehin Dank dafür schuldig, dass sie soviel leichter mit sich reden lässt als die prüden Damen in meiner Stadtpraxis, für die alle naturalia turpia sind.

Somit wäre der Fall geklärt; aber halt, die im Anfall wiederkehrende Hallucination des Kopfes, der ihr Schrecken einjagt, woher kommt die? Ich frage sie jetzt darnach. Als hätte auch sie in diesem Gespräch ihr Verständniss erweitert, antwortet sie prompt: „Ja, das weiss ich jetzt schon, der Kopf ist der Kopf vom Onkel, ich erkenn's jetzt, aber nicht aus der Zeit. Später, wie dann alle die Streitigkeiten

losgegangen sind, da hat der Onkel eine unsinnige Wuth auf mich bekommen; er hat immer gesagt, ich bin Schuld an allem; hätt' ich nicht geplauscht, so wär's nie zur Scheidung gekommen; er hat mir immer gedroht, er thut mir was an; wenn er mich von Weitem gesehen hat, hat sich sein Gesicht vor Wuth verzogen, und er ist mit der gehobenen Hand auf mich losgegangen. Ich bin immer vor ihm davongelaufen und hab' immer die grösste Angst gehabt, er packt mich irgendwo unversehens. Das Gesicht, was ich jetzt immer sehe, ist sein Gesicht, wie er in der Wuth war."

Diese Auskunft erinnert mich daran, dass ja das erste Symptom der Hysterie, das Erbrechen, vergangen ist; der Angstanfall ist geblieben und hat sich mit neuem Inhalt gefüllt. Demnach handelt es sich um eine zum guten Theile abreagirte Hysterie. Sie hat ja auch wirklich ihre Entdeckung bald hernach der Tante mitgetheilt.

„Haben Sie der Tante auch die anderen Geschichten erzählt, wie er Ihnen nachgestellt hat?"

„Ja, nicht gleich, aber später, wie schon von der Scheidung die Rede war. Da hat die Tant' gesagt: Das heben wir uns auf; wenn er Schwierigkeiten vor Gericht macht, dann sagen wir auch das."

Ich kann verstehen, dass gerade aus der letzten Zeit, als die aufregenden Scenen im Hause sich häuften, als ihr Zustand aufhörte, das Interesse der Tante zu erwecken, die von dem Zwist vollauf in Anspruch genommen war, dass aus dieser Zeit der Häufung und Retention das Erinnerungssymbol verblieben ist.

Ich hoffe, die Aussprache mit mir hat dem in seinem sexuellen Empfinden so frühzeitig verletzten Mädchen in etwas wohlgethan; ich habe sie nicht wiedergesehen.

Epikrise.

Ich kann nichts dagegen einwenden, wenn jemand in dieser Krankengeschichte weniger einen analysirten als einen durch Errathen aufgelösten Fall von Hysterie erblicken will. Die Kranke gab zwar alles, was ich in ihren Bericht interpolirte, als wahrscheinlich zu; sie war aber doch nicht im Stande es als Erlebtes wiederzuerkennen. Ich meine, dazu hätte es der Hypnose bedurft. Wenn ich annehme, ich hätte richtig gerathen, und nun versuche, diesen Fall auf das Schema einer acquirirten Hysterie zu reduciren, wie es sich uns aus Fall III ergeben hat, so liegt es nahe, die zwei Reihen von erotischen Erlebnissen mit traumatischen Momenten, die Scene bei der Entdeckung

des Paares mit einem auxiliären Moment zu vergleichen. Die Aehnlichkeit liegt darin, dass in den ersteren ein Bewusstseinsinhalt geschaffen wurde, welcher, von der Denkthätigkeit des Ich ausgeschlossen, aufbewahrt blieb, während in der letzteren Scene ein neuer Eindruck die associative Vereinigung dieser abseits befindlichen Gruppe mit dem Ich erzwang. Andererseits finden sich auch Abweichungen, die nicht vernachlässigt werden können. Die Ursache der Isolirung ist nicht wie bei Fall III der Wille des Ich, sondern die Ignoranz des Ich, das mit sexuellen Erfahrungen noch nichts anzufangen weiss. In dieser Hinsicht ist der Fall Katharina ein typischer; man findet bei der Analyse jeder auf sexuelle Traumen begründeten Hysterie, dass Eindrücke aus der vorsexuellen Zeit, die auf das Kind wirkungslos geblieben sind, später als Erinnerungen traumatische Gewalt erhalten, wenn sich der Jungfrau oder Frau das Verständniss des sexuellen Lebens erschlossen hat. Die Abspaltung psychischer Gruppen ist sozusagen ein normaler Vorgang in der Entwicklung der Adolescenten, und es wird begreiflich, dass deren spätere Aufnahme in das Ich einen häufig genug ausgenützten Anlass zu psychischen Störungen gibt. Ferner möchte ich an dieser Stelle noch dem Zweifel Ausdruck geben, ob die Bewusstseinsspaltung durch Ignoranz wirklich von der durch bewusste Ablehnung verschieden ist, ob nicht auch die Adolescenten viel häufiger sexuelle Kentniss besitzen, als man von ihnen vermeint, und als sie sich selbst zutrauen.

Eine weitere Abweichung im psychischen Mechanismus dieses Falles liegt darin, dass die Scene der Entdeckung, welche wir als „auxiliäre“ bezeichnet haben, gleichzeitig auch den Namen einer „traumatischen“ verdient. Sie wirkt durch ihren eigenen Inhalt, nicht bloss durch die Erweckung der vorhergehenden traumatischen Erlebnisse, sie vereinigt die Charaktere eines „auxiliären“ und eines traumatischen Momentes. Ich sehe in diesem Zusammenfallen aber keinen Grund eine begriffliche Scheidung aufzugeben, welcher bei anderen Fällen auch eine zeitliche Scheidung entspricht. Eine andere Eigenthümlichkeit des Falles Katharina, die übrigens seit Langem bekannt ist, zeigt sich darin, dass die Conversion, die Erzeugung der hysterischen Phänomene nicht unmittelbar nach dem Trauma, sondern nach einem Intervall von Incubation vor sich geht. Charcot nannte dieses Intervall mit Vorliebe die „Zeit der psychischen Ausarbeitung.“

Die Angst, an der Katharina in ihrer Anfällen leidet, ist eine hysterische, d. h. eine Reproduction jener Angst, die bei jedem der

sexuellen Traumen auftrat. Ich unterlasse es hier den Vorgang auch zu erläutern, den ich in einer ungemein grossen Anzahl von Fällen als regelmässig zutreffend erkannt habe, dass die Ahnung sexueller Beziehungen bei virginalen Personen einen Angstaffekt hervorruft.

V. Fräulein Elisabeth v. R . . . (Freud).

Im Herbste 1892 forderte ein befreundeter College mich auf, eine junge Dame zu untersuchen, die seit länger als zwei Jahren an Schmerzen in den Beinen leide und schlecht gehe. Er fügte der Einladung bei, dass er den Fall für eine Hysterie halte, wenngleich von den gewöhnlichen Zeichen der Neurose nichts zu finden sei. Er kenne die Familie ein wenig und wisse, dass die letzten Jahre derselben viel Unglück und wenig Erfreuliches gebracht hätten. Zuerst sei der Vater der Patientin gestorben, dann habe die Mutter sich einer ernsten Operation an den Augen unterziehen müssen, und bald darauf sei eine verheirathete Schwester der Kranken nach einer Entbindung einem alten Herzleiden erlegen. An allem Kummer und aller Krankenpflege habe unsere Patientin den grössten Antheil gehabt.

Ich gelangte nicht viel weiter im Verständniss des Falles, nachdem ich das 24jährige Fräulein zum ersten Male gesehen hatte. Sie schien intelligent und psychisch normal und trug das Leiden, welches ihr Verkehr und Genuss verkümmerte, mit heiterer Miene, mit der „belle indifference“ der Hysterischen, musste ich denken. Sie gieng mit vorgebeugtem Oberkörper, doch ohne Stütze, ihr Gang entsprach keiner als pathologisch bekannten Gangart, war übrigens keineswegs auffällig schlecht. Es lag eben nur vor, dass sie über grosse Schmerzen beim Gehen, über rasch auftretende Ermüdung dabei und im Stehen klagte und nach kurzer Zeit die Ruhe aufsuchte, in der die Schmerzen geringer waren, aber keineswegs fehlten. Der Schmerz war unbestimmter Natur, man konnte etwa entnehmen: eine schmerzhafte Müdigkeit. Eine ziemlich grosse, schlecht abgegrenzte Stelle an der Vorderfläche des rechten Oberschenkels wurde als der Herd der Schmerzen angegeben, von dem dieselben am häufigsten ausgiengen und wo sie ihre grösste Intensität erreichten. Dort war auch Haut und Muskulatur ganz besonders empfindlich gegen Drücken und Kneipen, Nadelstiche wurden eher etwas gleichgiltig hingenommen. Nicht bloss an dieser Stelle, sondern so ziemlich im ganzen Umfang beider Beine war dieselbe Hyperalgesie der Haut und der Muskeln nachweisbar. Die Muskeln waren vielleicht noch schmerzhafter als die Haut; unver-

kennbar waren beide Arten von Schmerzhaftigkeit an den Oberschenkeln am stärksten ausgebildet. Die motorische Kraft der Beine war nicht gering zu nennen, die Reflexe von mittlerer Intensität; alle anderen Symptome fehlten, so dass sich kein Anhaltspunkt für die Annahme ernsterer organischer Affection ergab. Das Leiden war seit zwei Jahren allmählich entwickelt, wechselte sehr in seiner Intensität.

Ich hatte es nicht leicht, zu einer Diagnose zu gelangen, entschloss mich aber aus zwei Gründen, der meines Collegen beizupflichten. Für's erste war es auffällig, wie unbestimmt alle Angaben der doch hochintelligenten Kranken über die Charaktere ihrer Schmerzen lauteten. Ein Kranker, der an organischen Schmerzen leidet, wird, wenn er nicht etwa nebenbei nervös ist, diese bestimmt und ruhig beschreiben, sie seien etwa lancinirend, kämen in gewissen Intervallen, erstreckten sich von dieser bis zu dieser Stelle und würden nach seiner Meinung durch diese und jene Einflüsse hervorgerufen. Der Neurastheniker[1], der seine Schmerzen beschreibt, macht dabei den Eindruck, als sei er mit einer schwierigen geistigen Arbeit beschäftigt, die weit über seine Kräfte geht. Seine Gesichtszüge sind gespannt und wie unter der Herrschaft eines peinlichen Affectes verzerrt, seine Stimme wird schriller, er ringt nach Ausdruck, weist jede Bezeichnung, die ihm der Arzt für seine Schmerzen vorschlägt, zurück, auch wenn sie sich später als unzweifelhaft passend herausstellt; er ist offenbar der Meinung, die Sprache sei zu arm, um seinen Empfindungen Worte zu leihen; diese Empfindungen selbst seien etwas einziges, noch nicht dagewesenes, das man gar nicht erschöpfend beschreiben könne, und darum wird er auch nicht müde, immer neue Details hinzuzufügen, und wenn er abbrechen muss, beherrscht ihn sicherlich der Eindruck, es sei ihm nicht gelungen, sich dem Arzt verständlich zu machen. Das kommt daher, dass seine Schmerzen seine ganze Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben. Bei Frl. v. R. war das entgegengesetzte Verhalten, und man musste daraus schliessen, da sie doch den Schmerzen Bedeutung genug beilegte, dass ihre Aufmerksamkeit bei etwas anderem verweilte, wovon die Schmerzen nur ein Begleitphänomen seien, wahrscheinlich also bei Gedanken und Empfindungen, die mit den Schmerzen zusammenhiengen.

Noch mehr bestimmend für die Auffassung der Schmerzen musste aber ein zweites Moment sein. Wenn man eine schmerzhafte Stelle bei einem organisch Kranken oder einem Neurastheniker reizt, so zeigt

[1] (Hypochonder, mit Angstneurose Behaftete.)

dessen Physiognomie den unvermischten Ausdruck des Unbehagens oder des physischen Schmerzes, der Kranke zuckt ferner zusammen, entzieht sich der Untersuchung, wehrt ab. Wenn man aber bei Frl. v. R. die hyperalgische Haut und Muskulatur der Beine kneipte oder drückte, so nahm ihr Gesicht einen eigenthümlichen Ausdruck an, eher den der Lust als des Schmerzes, sie schrie auf, — ich musste denken, etwa wie bei einem wollüstigen Kitzel, — ihr Gesicht röthete sich, sie warf den Kopf zurück, schloss die Augen, der Rumpf bog sich nach rückwärts; das alles war nicht sehr grob, aber doch deutlich ausgeprägt und liess sich nur mit der Auffassung vereinigen, das Leiden sei eine Hysterie, und die Reizung habe eine hysterogene Zone betroffen.

Die Miene passte nicht zum Schmerz, den das Kneipen der Muskeln und Haut angeblich erregte, wahrscheinlich stimmte sie besser zum Inhalte der Gedanken, die hinter diesem Schmerz steckten, und die man in der Kranken durch Reizung der ihnen associirten Körperstellen weckte. Ich hatte ähnlich bedeutungsvolle Mienen bei Reizung hyperalgischer Zonen wiederholt in sicheren Fällen von Hysterie beobachtet; die anderen Gebärden entsprachen offenbar der leichtesten Andeutung eines hysterischen Anfalles.

Für die ungewöhnliche Localisation der hysterogenen Zone ergab sich zunächst keine Aufklärung. Dass die Hyperalgesie hauptsächlich die Muskulatur betraf, gab auch zu denken. Das häufigste Leiden, welches die diffuse und locale Druckempfindlichkeit der Muskeln verschuldet, ist die rheumatische Infiltration derselben, der gemeine chronische Muskelrheumatismus, von dessen Eignung, nervöse Affectionen vorzutäuschen, ich bereits gesprochen habe. Die Consistenz der schmerzhaften Muskeln bei Frl. v. R. widersprach dieser Annahme nicht, es fanden sich vielfältig harte Stränge in den Muskelmassen, die auch besonders empfindlich schienen. Wahrscheinlich lag also eine im angegebenen Sinn organische Veränderung der Muskeln vor, an welche sich die Neurose anlehnte, und deren Bedeutung die Neurose übertrieben gross erscheinen liess.

Die Therapie gieng auch von einer derartigen Voraussetzung eines gemischten Leidens aus. Wir empfahlen Fortsetzung einer systematischen Knetung und Faradisirung der empfindlichen Muskeln ohne Rücksicht auf den dadurch entstehenden Schmerz, und ich behielt mir die Behandlung der Beine mit starken Franklin'schen Funkenentladungen vor, um mit der Kranken in Verkehr bleiben zu können. Ihre Frage, ob sie sich zum Gehen zwingen solle, beantworteten wir mit entschiedenem Ja.

Wir erzielten so eine leichte Besserung. Ganz besonders schien sie sich für die schmerzhaften Schläge der Influenzmaschine zu erwärmen, und je stärker diese waren, desto mehr schienen sie die eigenen Schmerzen der Kranken zurückzudrängen. Mein College bereitete unterdess den Boden für eine psychische Behandlung vor, und als ich nach vierwöchentlicher Scheinbehandlung eine solche vorschlug und der Kranken einige Aufschlüsse über das Verfahren und seine Wirkungsweise gab, fand ich rasches Verständniss und nur geringen Widerstand.

Die Arbeit, die ich aber von da an begann, stellte sich als eine der schwersten heraus, die mir je zugefallen waren, und die Schwierigkeit, von dieser Arbeit einen Bericht zu geben, reiht sich den damals überwundenen Schwierigkeiten würdig an. Ich verstand auch lange Zeit nicht, den Zusammenhang zwischen der Leidensgeschichte und dem Leiden zu finden, welches doch durch diese Reihe von Erlebnissen verursacht und determinirt sein sollte.

Wenn man eine derartige kathartische Behandlung unternimmt, wird man sich zuerst die Frage vorlegen: Ist der Kranken Herkunft und Anlass ihres Leidens bekannt? Dann bedarf es wohl keiner besonderen Technik, sie zur Reproduction ihrer Leidensgeschichte zu vermögen; das Interesse, das man ihr bezeugt, das Verständniss, das man sie ahnen lässt, die Hoffnung auf Genesung, die man ihr macht, werden die Kranke bestimmen, ihr Geheimniss aufzugeben. Bei Fräulein Elisabeth war mir von Anfang an wahrscheinlich, dass sie sich der Gründe ihres Leidens bewusst sei, dass sie also nur ein Geheimniss, keinen Fremdkörper im Bewusstsein habe. Man musste, wenn man sie ansah, an die Worte des Dichters denken: „Das Mäskchen da weissagt verborgenen Sinn.“ [1]

Ich konnte also zunächst auf die Hypnose verzichten, mit dem Vorbehalt allerdings, mich später der Hypnose zu bedienen, wenn sich im Verlaufe der Beichte Zusammenhänge ergeben sollten, zu deren Klärung ihre Erinnerung etwa nicht ausreichte. So gelangte ich bei dieser ersten vollständigen Analyse einer Hysterie, die ich unternahm, zu einem Verfahren, das ich später zu einer Methode erhob und zielbewusst einleitete, zu einem Verfahren der schichtweisen Ausräumung des pathogenen psychischen Materials welches wir gerne mit der Technik der Ausgrabung einer verschütteten Stadt zu vergleichen pflegten. Ich liess mir zunächst erzählen, was der Kranken bekannt war, achtete sorg-

[1] Es wird sich ergeben, dass ich mich hierin doch geirrt hatte.

fältig darauf, wo ein Zusammenhang räthselhaft blieb, wo ein Glied in der Kette der Verursachungen zu fehlen schien, und drang dann später in tiefere Schichten der Erinnerung ein, indem ich an jenen Stellen die hypnotische Erforschung oder eine ihr ähnliche Technik wirken liess. Die Voraussetzung der ganzen Arbeit war natürlich die Erwartung, dass eine vollkommen zureichende Determinirung zu erweisen sei; von den Mitteln zur Tieferforschung wird bald die Rede sein.

Die Leidensgeschichte, welche Fräulein Elisabeth erzählte, war eine langwierige, aus mannigfachen schmerzlichen Erlebnissen gewebte. Sie befand sich während der Erzählung nicht in Hypnose, ich liess sie aber liegen und hielt ihre Augen geschlossen, ohne dass ich mich dagegen gewehrt hätte, wenn sie zeitweilig die Augen öffnete, ihre Lage veränderte, sich aufsetzte udgl. Wenn sie ein Stück der Erzählung tiefer ergriff, so schien sie mir dabei spontan in einen der Hypnose ähnlicheren Zustand zu gerathen. Sie blieb dann regungslos liegen und hielt ihre Augen fest geschlossen.

Ich gehe daran wiederzugeben, was sich als oberflächlichste Schicht ihrer Erinnerungen ergab. Als jüngste von drei Töchtern hatte sie, zärtlich an den Eltern hängend, ihre Jugend auf einem Gute in Ungarn verbracht. Die Gesundheit der Mutter war vielfach getrübt durch ein Augenleiden und auch durch nervöse Zustände. So kam es, dass sie sich besonders innig an den heiteren und lebenskundigen Vater anschloss, der zu sagen pflegte, diese Tochter ersetzte ihm einen Sohn und einen Freund, mit dem er seine Gedanken austauschen könne. Soviel das Mädchen an geistiger Anregung bei diesem Verkehr gewann, so entgieng es doch dem Vater nicht, dass sich dabei ihre geistige Constitution von dem Ideal entfernte, welches man gerne in einem Mädchen verwirklicht sieht. Er nannte sie scherzweise „keck und rechthaberisch“, warnte sie vor allzugrosser Bestimmtheit in ihren Urtheilen, vor ihrer Neigung, den Menschen schonungslos die Wahrheit zu sagen, und meinte oft, sie werde es schwer haben, einen Mann zu finden. Thatsächlich war sie mit ihrem Mädchenthum recht unzufrieden, sie war von ehrgeizigen Plänen erfüllt, wollte studieren oder sich in Musik ausbilden, empörte sich bei dem Gedanken, in einer Ehe ihre Neigungen und die Freiheit ihres Urtheiles opfern zu müssen. Unterdess lebte sie im Stolze auf ihren Vater, auf das Ansehen und die sociale Stellung ihrer Familie und hütete eifersüchtig alles, was mit diesen Gütern zusammenhieng. Die Selbstlosigkeit, mit welcher

sie sich vorkommenden Falles gegen ihre Mutter und ihre älteren Schwestern zurücksetzte, söhnte die Eltern aber voll mit den schrofferen Seiten ihres Charakters aus.

Das Alter der Mädchen bewog die Familie zur Uebersiedlung in die Hauptstadt, wo sich Elisabeth eine Weile an dem reicheren und heiteren Leben in der Familie erfreuen durfte. Dann aber kam der Schlag, der das Glück dieses Hauses zerstörte. Der Vater hatte ein chronisches Herzleiden verborgen oder selbst übersehen; eines Tages brachte man ihn bewusstlos nach einem ersten Anfall von Lungenödem nach Hause. Es folgte eine Krankenpflege von $1^1/_2$ Jahren, in welcher sich Elisabeth den ersten Platz am Bette sicherte. Sie schlief im Zimmer des Vaters, erwachte Nachts auf seinen Ruf, betreute ihn tagsüber und zwang sich, selbst heiter zu scheinen, während er den hoffnungslosen Zustand mit liebenswürdiger Ergebenheit ertrug. Mit dieser Zeit der Krankenpflege musste der Beginn ihres Leidens zusammenhängen, denn sie konnte sich erinnern, dass sie im letzten Halbjahr der Pflege ein und einhalb Tage wegen solcher Schmerzen im rechten Bein zu Bett geblieben sei. Sie behauptete aber, diese Schmerzen seien bald vorübergegangen und hätten weder ihre Sorge noch ihre Aufmerksamkeit erregt. Thatsächlich war es erst zwei Jahre nach dem Tode des Vaters, dass sie sich krank fühlte und ihrer Schmerzen wegen nicht gehen konnte.

Die Lücke, die der Tod des Vaters in dem Leben dieser aus 4 Frauen bestehenden Familie hinterliess, die gesellschaftliche Vereinsamung, das Aufhören so vieler Beziehungen, die Anregung und Genuss versprochen hatten, die jetzt gesteigerte Kränklichkeit der Mutter, diess alles trübte die Stimmung unserer Patientin, machte aber gleichzeitig in ihr den heissen Wunsch rege, dass die Ihrigen bald einen Ersatz für das verlorene Glück finden möchten, und hiess sie ihre ganze Neigung und Sorgfalt auf die überlebende Mutter concentriren.

Nach Ablauf des Trauerjahres heirathete die älteste Schwester einen begabten und strebsamen Mann in ansehnlicher Stellung, der durch sein geistiges Vermögen zu einer grossen Zukunft bestimmt schien, der aber im nächsten Umgang eine krankhafte Empfindlichkeit, ein egoistisches Beharren auf seinen Launen entwickelte, und der zuerst im Kreise dieser Familie die Rücksicht auf die alte Frau zu vernachlässigen wagte. Das war mehr, als Elisabeth vertragen konnte; sie fühlte sich berufen, den Kampf gegen den Schwager aufzunehmen, so oft er Anlass dazu bot, während die anderen Frauen die Ausbrüche

seines erregbaren Temperamentes leicht hinnahmen. Für sie war es eine schmerzliche Enttäuschung, dass der Wiederaufbau des alten Familienglückes diese Störung erfuhr, und sie konnte es ihrer verheiratheten Schwester nicht vergeben, dass diese in frauenhafter Fügsamkeit bestrebt blieb, jede Parteinahme zu vermeiden. Eine ganze Reihe von Scenen war Elisabeth so im Gedächtniss geblieben, an denen zum Theil nicht ausgesprochene Beschwerden gegen ihren ersten Schwager hafteten. Der grösste Vorwurf aber blieb, dass er einem in Aussicht gestellten Avancement zu Liebe mit seiner kleinen Familie in eine entfernte Stadt Oesterreichs übersiedelte und so die Vereinsamung der Mutter vergrössern half. Bei dieser Gelegenheit fühlte Elisabeth so deutlich ihre Hilflosigkeit, ihr Unvermögen, der Mutter einen Ersatz für das verlorene Glück zu bieten, die Unmöglichkeit, ihren beim Tod des Vaters gefassten Vorsatz auszuführen.

Die Heirath der zweiten Schwester schien Erfreulicheres für die Zukunft der Familie zu versprechen, denn dieser zweite Schwager war, obwohl geistig minder hochstehend, ein Mann nach dem Herzen der feinsinnigen, in der Pflege aller Rücksichten erzogenen Frauen, und sein Benehmen söhnte Elisabeth mit der Institution der Ehe und mit dem Gedanken an die mit ihr verknüpften Opfer aus. Auch blieb das zweite junge Paar in der Nähe der Mutter, und das Kind dieses Schwagers und der zweiten Schwester wurde der Liebling Elisabeth's. Leider war das Jahr, in dem dies Kind geboren wurde, durch ein anderes Ereigniss getrübt. Das Augenleiden der Mutter erforderte eine mehrwöchentliche Dunkelcur, welche Elisabeth mitmachte. Dann wurde eine Operation für nothwendig erklärt; die Aufregung vor derselben fiel mit den Vorbereitungen zur Uebersiedlung des ersten Schwagers zusammen. Endlich war die von Meisterhand ausgeführte Operation überstanden, die drei Familien trafen in einem Sommeraufenthalte zusammen, und die durch die Sorgen der letzten Monate erschöpfte Elisabeth hätte nun in der ersten, von Leiden und Befürchtungen freien Zeit, die dieser Familie seit dem Tode des Vaters gegönnt war, sich voll erholen sollen.

Gerade in die Zeit dieses Sommeraufenthaltes fällt aber der Ausbruch von Elisabeth's Schmerzen und Gehschwäche. Nachdem sich die Schmerzen eine Weile vorher etwas bemerklich gemacht hatten, traten sie zuerst heftig nach einem warmen Bade auf, das sie im Badhaus des kleinen Curortes nahm. Ein langer Spaziergang, eigentlich ein Marsch von einem halben Tag, einige Tage vorher,

wurde dann in Beziehung zum Auftreten dieser Schmerzen gebracht, so dass sich leicht die Auffassung ergab, Elisabeth habe sich zuerst „übermüdet“ und dann „erkühlt“.

Von jetzt ab war Elisabeth die Kranke der Familie. Aerztlicher Rath veranlasste sie, noch den Rest dieses Sommers zu einer Badecur in Gastein zu verwenden, wohin sie mit ihrer Mutter reiste, aber nicht ohne dass eine neue Sorge aufgetaucht wäre. Die zweite Schwester war neuerdings gravid, und Nachrichten schilderten ihr Befinden recht ungünstig, so dass sich Elisabeth kaum zur Reise nach Gastein entschliessen wollte. Nach kaum zwei Wochen des Gasteiner Aufenthaltes wurden Mutter und Schwester zurückgerufen, es gienge der jetzt bettlägerigen Kranken nicht gut.

Eine qualvolle Reise, auf welcher sich bei Elisabeth Schmerzen und schreckhafte Erwartungen vermengten, dann gewisse Anzeichen auf dem Bahnhofe, welche das Schlimmste ahnen liessen, und dann, als sie in's Zimmer der Kranken traten, die Gewissheit, dass sie zu spät gekommen waren, um von einer Lebenden Abschied zu nehmen.

Elisabeth litt nicht nur unter dem Verlust dieser Schwester, die sie zärtlich geliebt hatte, sondern fast ebensosehr unter den Gedanken, die dieser Todesfall anregte, und unter den Veränderungen, die er mit sich brachte. Die Schwester war einem Herzleiden erlegen, das durch die Gravidität zur Verschlimmerung gebracht worden war.

Nun tauchte der Gedanke auf, Herzkrankheit sei das väterliche Erbtheil der Familie. Dann erinnerte man sich, dass die Verstorbene in den ersten Mädchenjahren eine Chorea mit leichter Herzaffection durchgemacht hatte. Man machte sich und den Aerzten den Vorwurf, dass sie die Heirath zugelassen hätten, man konnte dem unglücklichen Witwer den Vorwurf nicht ersparen, die Gesundheit seiner Frau durch zwei auf einander folgende Graviditäten ohne Pause gefährdet zu haben. Der traurige Eindruck, dass, wenn einmal die so seltenen Bedingungen für eine glückliche Ehe sich getroffen hätten, dieses Glück dann solch ein Ende nähme, beschäftigte die Gedanken Elisabeth's von da an ohne Widerspruch. Ferner aber sah sie wiederum alles in sich zerfallen, was sie für ihre Mutter ersehnt hatte. Der verwitwete Schwager war untröstlich und zog sich von der Familie seiner Frau zurück. Es scheint, dass seine eigene Familie, der er sich während der kurzen und glücklichen Zeit seiner Ehe entfremdet hatte, den Moment günstig fand, um ihn wieder in ihre eigenen Bahnen zu ziehen. Es fand sich kein Weg, die frühere Gemeinschaft aufrecht zu halten;

ein Zusammenwohnen mit der Mutter war aus Rücksicht auf die unverheirathete Schwägerin unthunlich, und indem er sich weigerte, den beiden Frauen das Kind, das einzige Erbtheil der Todten, zu überlassen, gab er ihnen zum ersten Mal Gelegenheit, ihn der Härte zu beschuldigen. Endlich — und diess war nicht das am mindesten Peinliche — hatte Elisabeth dunkle Kunde von einem Zwist bekommen, der zwischen beiden Schwägern ausgebrochen war, und dessen Anlass sie nur ahnen konnte. Es schien aber, als ob der Witwer in Vermögensangelegenheiten Forderungen erhoben hätte, die der andere Schwager für ungerechtfertigt hinstellte, ja die er mit Rücksicht auf den frischen Schmerz der Mutter als eine arge Erpressung bezeichnen konnte. Diess also war die Leidensgeschichte des ehrgeizigen und liebebedürftigen Mädchens. Mit ihrem Schicksal grollend, erbittert über das Fehlschlagen all ihrer kleinen Pläne, den Glanz des Hauses wiederherzustellen; — ihre Lieben theils gestorben, theils entfernt, theils entfremdet; — ohne Neigung, eine Zuflucht in der Liebe eines fremden Mannes zu suchen, lebte sie seit 1½ Jahren, fast von jedem Verkehr abgeschieden, der Pflege ihrer Mutter und ihrer Schmerzen.

Wenn man an grösseres Leid vergessen und sich in das Seelenleben eines Mädchens versetzen wollte, konnte man Fräulein Elisabeth eine herzliche menschliche Theilnahme nicht versagen. Wie stand es aber mit dem ärztlichen Interesse für diese Leidensgeschichte, mit den Beziehungen derselben zu ihrer schmerzhaften Gehschwäche, mit den Aussichten auf Klärung und Heilung dieses Falles, die sich etwa aus der Kenntniss dieser psychischen Traumen ergaben?

Für den Arzt bedeutete die Beichte der Patientin zunächst eine grosse Enttäuschung. Es war ja eine aus banalen seelischen Erschütterungen bestehende Krankengeschichte, aus der sich weder erklärte, warum die Betroffene an Hysterie erkranken musste noch wieso die Hysterie gerade die Form der schmerzhaften Abasie angenommen hatte. Es erhellte weder die Verursachung, noch die Determinirung der hier vorliegenden Hysterie. Man konnte etwa annehmen, dass die Kranke eine Association hergestellt hatte zwischen ihren seelischen schmerzlichen Eindrücken und körperlichen Schmerzen, die sie zufällig zur gleichen Zeit verspürt hatte, und dass sie nun in ihrem Erinnerungsleben die körperliche Empfindung als Symbol der seelischen verwendete. Welches Motiv sie etwa für diese Substituirung hatte, in welchem Moment diese vollzogen wurde, diess blieb unaufgeklärt. Es waren diess allerdings Fragen, deren Aufstellung bisher

den Aerzten nicht geläufig gewesen war. Man pflegte sich mit der Auskunft zufrieden zu geben, die Kranke sei eben von Constitution eine Hysterica, die unter dem Drucke intensiver, ihrer Art nach beliebiger Erregungen hysterische Symptome entwickeln könne.

Noch weniger als für die Aufklärung schien durch diese Beichte für die Heilung des Falles geleistet zu sein. Es war nicht einzusehen, welchen wohlthätigen Einfluss es für Fräulein Elisabeth haben könnte, die all ihren Familienmitgliedern wohlbekannte Leidensgeschichte der letzten Jahre auch einmal einem Fremden zu erzählen, der ihr dafür eine mässige Theilnahme bezeugte. Es war auch kein solcher Heilerfolg der Beichte zu bemerken. Die Kranke versäumte während dieser ersten Periode der Behandlung niemals dem Arzte zu wiederholen: Es geht mir aber noch immer schlecht, ich habe dieselben Schmerzen wie früher; und wenn sie mich dabei listig-schadenfroh anblickte, konnte ich etwa des Urtheiles gedenken, das der alte Herr v. R. über seine Lieblingstochter gefällt: Sie sei häufig „keck“ und „schlimm“; ich musste aber doch zugestehen, dass sie im Rechte war.

Hätte ich in diesem Stadium die psychische Behandlung der Kranken aufgegeben, so wäre der Fall des Frl. Elisabeth v. R. wohl recht belanglos für die Theorie der Hysterie geworden. Ich setzte meine Analyse aber fort, weil ich der sicheren Erwartung war, es werde sich aus tieferen Schichten des Bewusstseins das Verständniss sowohl für die Verursachung als auch für die Determinirung des hysterischen Symptoms gewinnen lassen.

Ich beschloss also an das erweiterte Bewusstsein der Kranken die directe Frage zu richten, an welchen psychischen Eindruck die erste Entstehung der Schmerzen in den Beinen geknüpft sei.

Zu diesem Zweck sollte die Kranke in tiefe Hypnose versetzt werden. Aber leider musste ich wahrnehmen, dass meine dahinzielenden Proceduren die Kranke in keinen anderen Zustand des Bewusstseins brachten, als jener war, in dem sie mir ihre Beichte abgelegt hatte. Ich war noch herzlich froh, dass sie es diesmal unterliess, mir triumphirend vorzuhalten: „Sehen sie, ich schlafe ja nicht, ich bin nicht zu hypnotisiren.“ In solcher Nothlage gerieth ich auf den Einfall, jenen Kunstgriff des Drückens auf den Kopf anzuwenden, über dessen Entstehungsgeschichte ich mich in der vorstehenden Beobachtung der Miss Lucy ausführlich geäussert habe. Ich führte ihn aus, indem ich die Kranke aufforderte, mir unfehlbar mitzutheilen, was in dem Moment des Druckes vor ihrem inneren Auge auftauche oder durch

ihre Erinnerung ziehe. Sie schwieg lange und bekannte dann auf mein Drängen, sie habe an einen Abend gedacht, an dem ein junger Mann sie aus einer Gesellschaft nach Hause begleitet, an die Gespräche, die zwischen ihr und ihm vorgefallen seien, und an die Empfindungen, mit denen sie dann nach Hause zur Pflege des Vaters zurückkehrte.

Mit dieser ersten Erwähnung des jungen Mannes war ein neuer Schacht eröffnet, dessen Inhalt ich nun allmählich herausbeförderte. Hier handelte es sich eher um ein Geheimniss, denn ausser einer gemeinsamen Freundin hatte sie niemanden in ihre Beziehungen und die daran geknüpften Hoffnungen eingeweiht. Es handelte sich um den Sohn einer seit langem befreundeten Familie, deren Wohnsitz ihrem früheren nahe lag. Der junge Mann, selbst verwaist, hatte sich mit grosser Ergebenheit an ihren Vater angeschlossen, liess sich von dessen Rathschlägen in seiner Carrière leiten und hatte seine Verehrung vom Vater auf die Damen der Familie ausgedehnt. Zahlreiche Erinnerungen an gemeinsame Lectüre, Gedankenaustausch. Aeusserungen von seiner Seite, die ihr wiedererzählt worden waren, bezeichneten das allmähliche Anwachsen ihrer Ueberzeugung, dass er sie liebe und verstehe, und dass eine Ehe mit ihm ihr nicht die Opfer auferlegen würde, die sie von der Ehe fürchtete. Er war leider nur wenig älter als sie und von Selbständigkeit damals noch weit entfernt, sie war aber fest entschlossen gewesen, auf ihn zu warten.

Mit der schweren Erkrankung des Vaters und ihrer Inanspruchnahme als Pflegerin wurde dieser Verkehr immer seltener. Der Abend, an den sie sich zuerst erinnert hatte, bezeichnete gerade die Höhe ihrer Empfindung; zu einer Aussprache zwischen ihnen war es aber auch damals nicht gekommen. Sie hatte sich damals durch das Drängen der Ihrigen und des Vaters selbst bewegen lassen, vom Krankenbette weg in eine Gesellschaft zu gehen, in welcher sie ihn zu treffen erwarten durfte. Sie wollte dann früh nach Hause eilen, aber man nöthigte sie zu bleiben, und sie gab nach, als er ihr versprach sie zu begleiten. Sie hatte nie so warm für ihn gefühlt als während dieser Begleitung; aber als sie in solcher Seligkeit spät nach Hause kam, traf sie den Zustand des Vaters verschlimmert und machte sich die bittersten Vorwürfe, dass sie soviel Zeit ihrem eigenen Vergnügen geopfert. Es war das letzte Mal, dass sie den kranken Vater für einen ganzen Abend verliess; ihren Freund sah sie nur selten wieder; nach dem Tode des Vaters schien er aus Achtung vor ihrem Schmerz sich ferne zu halten, dann zog ihn das Leben in andere

Bahnen; sie hatte sich allmählich mit dem Gedanken vertraut machen müssen, dass sein Interesse für sie durch andere Empfindungen verdrängt, und er für sie verloren sei. Dieses Fehlschlagen der ersten Liebe schmerzte sie aber noch jedesmal, so oft sie an ihn dachte.

In diesem Verhältniss und in der obigen Scene, zu welcher es führte, durfte ich also die Verursachung der ersten hysterischen Schmerzen suchen. Durch den Contrast zwischen der Seligkeit, die sie sich damals gegönnt hatte, und dem Elend des Vaters, das sie zu Hause antraf, war ein Conflict, ein Fall von Unverträglichkeit gegeben. Das Ergebniss des Conflictes war, dass die erotische Vorstellung aus der Association verdrängt wurde, und der dieser anhaftende Affect wurde zur Erhöhung oder Wiederbelebung eines gleichzeitig (oder kurz vorher) vorhandenen körperlichen Schmerzes verwendet. Es war also der Mechanismus einer Conversion zum Zwecke der Abwehr, wie ich ihn an anderer Stelle eingehend behandelt habe. [1]

Es bleibt hier freilich Raum für allerlei Bemerkungen. Ich muss hervorheben, dass es mir nicht gelang, aus ihrer Erinnerung nachzuweisen, dass sich in jenem Moment des Nachhausekommens die Conversion vollzogen hatte. Ich forschte daher nach ähnlichen Erlebnissen aus der Zeit der Krankenpflege und rief eine Reihe von Scenen hervor, unter denen das Aufspringen aus dem Bette mit nackten Füssen im kalten Zimmer auf einen Ruf des Vaters sich durch seine öftere Wiederholung hervorhob. Ich war geneigt, diesen Momenten eine gewisse Bedeutung zuzusprechen, weil neben der Klage über den Schmerz in den Beinen die Klage über quälende Kälteempfindung stand. Indess konnte ich auch hier nicht eine Scene erhaschen, die sich mit Sicherheit als die Scene der Conversion hätte bezeichnen lassen. Ich war darum geneigt, hier eine Lücke in der Aufklärung zuzugestehen, bis ich mich der Thatsache besann, dass die hysterischen Beinschmerzen ja überhaupt nicht zur Zeit der Krankenpflege vorhanden waren. Ihre Erinnerung berichtete nur von einem einzigen, über wenig Tage erstreckten Schmerzanfall, der damals keine Aufmerksamkeit auf sich zog. Meine Forschung wandte sich nun diesem ersten Auftreten der Schmerzen zu. Es gelang, die Erinnerung daran sicher zu beleben, es war gerade damals ein Verwandter zu Besuch gekommen, den sie nicht empfangen konnte,

[1] Die Abwehr-Neuropsychosen. Neurologisches Centralblatt 1 Juni 1894.

weil sie zu Bette lag, und der auch bei einem späteren Besuch zwei Jahre nachher das Missgeschick hatte, sie im Bette zu treffen. Aber die Suche nach einem psychischen Anlass für diese ersten Schmerzen misslang, so oft sie auch wiederholt wurde. Ich glaubte annehmen zu dürfen, dass jene ersten Schmerzen wirklich ohne psychischen Anlass als leichte rheumatische Erkrankung gekommen seien, und konnte noch erfahren, dass dies organische Leiden, das Vorbild der späteren hysterischen Nachahmung, jedenfalls in eine Zeit vor die Scene der Begleitung zu setzen sei. Dass sich diese Schmerzen als organisch begründete in gemildertem Maass und unter geringer Aufmerksamkeit eine Zeit lang fortgesetzt hätten, blieb nach der Natur der Sache immerhin möglich. Die Unklarheit, die sich daraus ergiebt, dass die Analyse auf eine Conversion psychischer Erregung in Körperschmerz zu einer Zeit hinweist, da solcher Schmerz gewiss nicht verspürt und nicht erinnert wurde —, dieses Problem hoffe ich durch spätere Erwägungen und andere Beispiele lösen zu können.[1]

Mit der Aufdeckung des Motivs für die erste Conversion begann eine zweite, fruchtbarere Periode der Behandlung. Zunächst überraschte mich die Kranke bald nachher mit der Mittheilung, sie wisse nun, warum die Schmerzen gerade immer von jener bestimmten Stelle des rechten Oberschenkels ausgiengen und dort am heftigsten seien. Es sei dies nämlich die Stelle, wo jeden Morgen das Bein des Vaters geruht, während sie die Binden erneuerte, mit denen das arg geschwollene Bein gewickelt wurde. Das sei wohl hundertmal so geschehen, und sie habe merkwürdigerweise an diesen Zusammenhang bis heute nicht gedacht. Sie lieferte mir so die erwünschte Erklärung für die Entstehung einer atypischen hysterogenen Zone. Ferner fingen die schmerzhaften Beine an, bei unseren Analysen immer „mitzusprechen“. Ich meine folgenden merkwürdigen Sachverhalt: Die Kranke war meist schmerzfrei, wenn wir an unsere Arbeit giengen; rief ich jetzt durch eine Frage oder einen Druck auf den Kopf eine Erinnerung wach, so meldete sich zuerst eine Schmerzempfindung, meist so lebhaft, dass die Kranke zusammenzuckte und mit der Hand nach der schmerzenden Stelle fuhr. Dieser geweckte Schmerz blieb bestehen, so lange die Kranke von der Erinnerung beherrscht war, erreichte seine Höhe, wenn sie im Begriffe stand, das Wesentliche und Entscheidende an

[1] Ich kann nicht ausschliessen, aber auch nicht erweisen, dass diese hauptsächlich die Oberschenkel einnehmenden Schmerzen neurasthenischer Natur gewesen seien.

ihrer Mittheilung auszusprechen, und war mit den letzten Worten dieser Mittheilung verschwunden. Allmählich lernte ich diesen geweckten Schmerz als Compass gebrauchen; wenn sie verstummte, aber noch Schmerzen zugab, so wusste ich, dass sie nicht alles gesagt hatte, und drang auf Fortsetzung der Beichte, bis der Schmerz weggesprochen war. Erst dann weckte ich eine neue Erinnerung.

In dieser Periode des „Abreagirens" besserte sich der Zustand der Kranken in somatischer wie in psychischer Hinsicht so auffällig, dass ich nur halb im Scherz zu behaupten pflegte, ich trage jedesmal ein gewisses Quantum von Schmerzmotiven weg, und wenn ich alles abgeräumt haben würde, werde sie gesund sein. Sie gelangte bald dahin, die meiste Zeit keine Schmerzen zu haben, liess sich bewegen, viel zu gehen und ihre bisherige Isolirung aufzugeben. Im Laufe der Analyse folgte ich bald den spontanen Schwankungen ihres Befindens, bald meiner Schätzung, wo ich ein Stück ihrer Leidensgeschichte noch nicht genügend erschöpft meinte. Ich machte bei dieser Arbeit einige interessante Wahrnehmungen, deren Lehren ich später bei anderen Kranken bestätigt fand.

Zunächst, was die spontanen Schwankungen anbelangt, dass eigentlich keine vorfiel, die nicht durch ein Ereigniss des Tages associativ provocirt worden wäre. Das einemal hatte sie von einer Erkrankung im Kreise ihrer Bekannten gehört, die sie an ein Detail in der Krankheit ihres Vaters erinnerte, ein andermal war das Kind der verstorbenen Schwester zum Besuche da gewesen und hatte durch seine Aehnlichkeit den Schmerz um die Verlorene geweckt, ein andermal wieder war es ein Brief der entfernt lebenden Schwester, der deutlich den Einfluss des rücksichtslosen Schwagers bewies und einen Schmerz weckte, welcher die Mittheilung einer noch nicht erzählten Familienscene verlangte.

Da sie niemals denselben Schmerzanlass zweimal vorbrachte, schien unsere Erwartung, auf solche Weise den Vorrath zu erschöpfen, nicht ungerechtfertigt, und ich widerstrebte keineswegs, sie in Situationen kommen zu lassen, welche geeignet waren, neue, noch nicht an die Oberfläche gelangte Erinnerungen hervorzurufen, z. B. sie auf das Grab ihrer Schwester zu schicken oder sie in eine Gesellschaft gehen zu lassen, wo sie den jetzt wieder anwesenden Jugendfreund sehen konnte.

Sodann erhielt ich einen Einblick in die Art der Entstehung einer als monosymptomatisch zu bezeichnenden Hysterie. Ich fand

nämlich, dass das rechte Bein während unserer Hypnosen schmerzhaft wurde, wenn es sich um Erinnerungen aus der Krankenpflege des Vaters, aus dem Verkehr mit dem Jugendgespielen und um anderes handelte, was in die erste Periode der pathogenen Zeit fiel, während der Schmerz sich am andern, linken Bein meldete, sobald ich eine Erinnerung an die verlorene Schwester, an die beiden Schwäger, kurz, einen Eindruck aus der zweiten Hälfte der Leidensgeschichte erweckt hatte. Durch dieses constante Verhalten aufmerksam gemacht, forschte ich weiter nach und gewann den Eindruck, als ob die Detaillirung hier noch weiter gienge und jeder neue psychische Anlass zu schmerzlichen Empfindungen sich mit einer anderen Stelle der schmerzhaften Area der Beine verknüpft hätte. Die ursprünglich schmerzhafte Stelle am rechten Oberschenkel hatte sich auf die Pflege des Vaters bezogen, von da an war das Schmerzgebiet durch Apposition aus Anlass neuer Traumen gewachsen, so dass hier streng genommen nicht ein einziges körperliches Symptom vorlag, welches mit vielfachen psychischen Erinnerungscomplexen verknüpft war, sondern eine Mehrheit von ähnlichen Symptomen, die bei oberflächlicher Betrachtung zu einem Symptom verschmolzen schienen. Einer Abgrenzung der den einzelnen psychischen Anlässen entsprechenden Schmerzzonen bin ich allerdings nicht nachgegangen, da ich die Aufmerksamkeit der Kranken von diesen Beziehungen abgewendet erfand.

Ich schenkte aber ein weiteres Interesse der Art, wie der ganze Symptomcomplex der Abasie sich über diesen schmerzhaften Zonen aufgebaut haben mochte, und stellte in solcher Absicht verschiedene Fragen wie: Woher rühren die Schmerzen im Gehen, im Stehen, im Liegen?, die sie theils unbeeinflusst, theils unter dem Drucke meiner Hand beantwortete. Dabei ergab sich zweierlei. Einerseits gruppirte sie mir alle mit schmerzhaften Eindrücken verbundenen Scenen, je nachdem sie während derselben gesessen oder gestanden hatte u. dgl. — So z. B. stand sie bei einer Thüre, als man den Vater im Herzanfall nach Hause brachte, und blieb im Schreck wie angewurzelt stehen. An diesen ersten „Schreck im Stehen“ schloss sie dann weitere Erinnerungen an bis zur Schreckensscene, da sie wiederum wie gebannt an dem Bett der todten Schwester stand. Die ganze Kette von Reminiscenzen sollte die berechtigte Verknüpfung der Schmerzen mit dem Aufrechtstehen darthun und konnte ja auch als Associationsnachweis gelten; nur musste man der Forderung eingedenk bleiben, dass bei all diesen Gelegenheiten noch ein anderes Moment nachweis-

bar sein müsse, welches die Aufmerksamkeit — und in weiterer Folge die Conversion — gerade auf das Stehen, (Gehen, Sitzen u. dgl.) gelenkt hatte. Die Erklärung für diese Richtung der Aufmerksamkeit konnte man kaum in anderen Verhältnissen suchen als darin, dass Gehen, Stehen und Liegen eben an Leistungen und Zustände jener Körpertheile geknüpft sind, welche hier die schmerzhaften Zonen trugen, nämlich der Beine. Es war also der Zusammenhang zwischen der Astasie-Abasie und dem ersten Falle von Conversion in dieser Krankengeschichte leicht zu verstehen.

Unter den Scenen, welche zufolge dieser Revue das Gehen schmerzhaft gemacht hätten, drängte sich eine hervor, ein Spaziergang, den sie in jenem Curort in grosser Gesellschaft gemacht und angeblich zu lange ausgedehnt hatte. Die näheren Umstände dieser Begebenheit enthüllten sich nur zögernd und liessen manches Räthsel ungelöst. Sie war in besonders weicher Stimmung, schloss sich dem Kreise von befreundeten Personen gerne an; es war ein schöner, nicht zu heisser Tag; ihre Mama blieb zu Hause, ihre ältere Schwester war bereits abgereist, die jüngere fühlte sich leidend, wollte ihr aber das Vergnügen nicht stören, der Mann dieser zweiten Schwester erklärte anfangs, er bleibe bei seiner Frau, und gieng dann ihr (Elisabeth) zu Liebe mit. Diese Scene schien mit dem ersten Hervortreten der Schmerzen viel zu thun zu haben, denn sie erinnerte sich, dass sie sehr müde und mit heftigen Schmerzen von dem Spaziergang zurückgekommen, äusserte sich aber nicht sicher darüber, ob sie schon vorher Schmerzen verspürt habe. Ich machte geltend, dass sie sich mit irgend erheblichen Schmerzen kaum zu diesem weiten Weg entschlossen hätte. Auf die Frage, woher auf diesem Spaziergang die Schmerzen gekommen sein mögen, erhielt ich die nicht ganz durchsichtige Antwort, der Contrast zwischen ihrer Vereinsamung und dem Eheglück der kranken Schwester, welches ihr das Benehmen ihres Schwagers unausgesetzt vor Augen führte, sei ihr schmerzlich gewesen.

Eine andere Scene, der vorigen der Zeit nach sehr benachbart, spielte eine Rolle in der Verknüpfung der Schmerzen mit dem Sitzen. Es war einige Tage nachher; Schwester und Schwager waren bereits abgereist, sie befand sich in erregter, sehnsüchtiger Stimmung, stand des Morgens früh auf, ging einen kleinen Hügel hinauf bis zu einer Stelle, die sie so oft mit einander besucht hatten und die eine herrliche Aussicht bot, und setzte sich dort, ihren Gedanken nachhängend,

auf eine steinerne Bank. Ihre Gedanken betrafen wieder ihre Vereinsamung, das Schicksal ihrer Familie, und den heissen Wunsch, ebenso glücklich zu werden, wie ihre Schwester war, gestand sie diesmal unverhüllt ein. Sie kehrte mit heftigen Schmerzen von dieser Morgenmeditation zurück; am Abend desselben Tages nahm sie das Bad, nach welchem die Schmerzen endgiltig und dauernd aufgetreten waren.

Mit aller Bestimmtheit ergab sich ferner, dass die Schmerzen im Gehen und Stehen sich anfänglich im Liegen zu beruhigen pflegten. Erst als sie auf die Nachricht von der Erkrankung der Schwester Abends von Gastein abreiste und während der Nacht, gleichzeitig von der Sorge um die Schwester und von tobenden Schmerzen gequält, schlaflos im Eisenbahnwagen ausgestreckt lag, stellte sich auch die Verbindung des Liegens mit den Schmerzen her, und eine ganze Zeit hindurch war ihr sogar das Liegen schmerzhafter als das Gehen und Stehen.

In solcher Art war erstens das schmerzliche Gebiet durch Apposition gewachsen, indem jedes neue pathogen wirksame Thema eine neue Region der Beine besetzte, zweitens hatte jede der eindruckskräftigen Scenen eine Spur hinterlassen, indem sie eine bleibende, immer sich mehr häufende „Besetzung" der verschiedenen Functionen der Beine, eine Verknüpfung dieser Functionen mit den Schmerzempfindungen hervorbrachte; es war aber unverkennbar noch ein dritter Mechanismus an der Ausbildung der Astasie-Abasie in Mitwirkung gewesen. Wenn die Kranke die Erzählung einer ganzen Reihe von Begebenheiten mit der Klage schloss, sie habe dabei ihr „Alleinstehen" schmerzlich empfunden, bei einer anderen Reihe, welche ihre verunglückten Versuche zur Herstellung eines neuen Familienlebens umschloss, nicht müde wurde zu wiederholen, das schmerzliche daran sei das Gefühl ihrer Hilflosigkeit gewesen, die Empfindung, sie „komme nicht von der Stelle", so musste ich auch ihren Reflexionen einen Einfluss auf die Ausbildung der Abasie einräumen, musste ich annehmen, dass sie direct einen symbolischen Ausdruck für ihre schmerzlich betonten Gedanken gesucht und ihn in der Verstärkung ihres Leidens gefunden hatte. Dass durch eine solche Symbolisirung somatische Symptome der Hysterie entstehen können, haben wir bereits in unserer vorläufigen Mittheilung behauptet; ich werde in der Epikrise zu dieser Krankengeschichte einige zweifellos beweisende Beispiele aufführen. Bei Frl. Elisabeth v. R... stand der psychische Mechanismus der Symbolisirung nicht in erster Linie, er hatte die Abasie nicht geschaffen,

wohl aber sprach alles dafür, dass die bereits vorhandene Abasie auf diesem Wege eine wesentliche Verstärkung erfahren hatte. Demnach war diese Abasie in dem Stadium der Entwicklung, in dem ich sie antraf, nicht nur einer psychischen associativen Functionslähmung, sondern auch einer symbolischen Functionslähmung gleichzustellen.

Ich will, ehe ich die Geschichte meiner Kranken fortsetze, noch ein Wort über ihr Benehmen während dieser zweiten Periode der Behandlung anfügen. Ich bediente mich während dieser ganzen Analyse der Methode, durch Drücken auf den Kopf Bilder und Einfälle hervorzurufen, einer Methode also, die ohne volles Mitarbeiten und willige Aufmerksamkeit der Kranken unanwendbar bleibt. Sie verhielt sich auch zeitweilig so, wie ich es nur wünschen konnte, und in solchen Perioden war es wirklich überraschend, wie prompt und wie unfehlbar chronologisch geordnet die einzelnen Scenen, die zu einem Thema gehörten, sich einstellten. Es war, als läse sie in einem langen Bilderbuch, dessen Seiten vor ihren Augen vorübergezogen würden. Andere Male schien es Hemmnisse zu geben, deren Art ich damals noch nicht ahnte. Wenn ich meinen Druck ausübte, behauptete sie, es sei ihr nichts eingefallen; ich wiederholte den Druck, ich hiess sie warten, es wollte noch immer nichts kommen. Die ersten Male, als sich diese Widerspenstigkeit zeigte, liess ich mich bestimmen, die Arbeit abzubrechen; der Tag sei nicht günstig; ein andermal. Zwei Wahrnehmungen bestimmten mich aber, mein Verhalten zu ändern. Erstens, dass sich solches Versagen der Methode nur ereignete, wenn ich Elisabeth heiter und schmerzfrei gefunden hatte, niemals, wenn ich an einem schlechten Tag kam; zweitens, dass sie eine solche Angabe, sie sehe nichts vor sich, häufig machte, nachdem sie eine lange Pause hatte vergehen lassen, während welcher ihre gespannte und beschäftigte Miene mir doch einen seelischen Vorgang in ihr verrieth. Ich entschloss mich also zur Annahme, die Methode versage niemals, Elisabeth habe unter dem Druck meiner Hand jedesmal einen Einfall im Sinne oder ein Bild vor Augen, sei aber nicht jedesmal bereit, mir davon Mittheilung zu machen, sondern versuche das Heraufbeschworene wieder zu unterdrücken. Von den Motiven für solches Verschweigen konnte ich mir zwei vorstellen; entweder Elisabeth übte an ihrem Einfall eine Kritik, zu der sie nicht berechtigt war, sie fand ihn nicht wertvoll genug, nicht passend als Antwort auf die gestellte Frage, oder sie scheute sich ihn anzugeben, weil — ihr solche Mittheilung zu unangenehm war. Ich gieng also

so vor, als wäre ich von der Verlässlichkeit meiner Technik vollkommen überzeugt. Ich liess es nicht mehr gelten, wenn sie behauptete, es sei ihr nichts eingefallen, versicherte ihr, es müsse ihr etwas eingefallen sein, sie sei vielleicht nicht aufmerksam genug, dann wolle ich den Druck gerne wiederholen, oder sie meine, ihr Einfall sei nicht der richtige. Das gehe sie aber gar nichts an, sie sei verpflichtet, vollkommen objectiv zu bleiben und zu sagen, was ihr in den Sinn gekommen sei, es möge passen oder nicht; endlich, ich wisse genau, es sei ihr etwas eingefallen, sie verheimliche es mir, sie werde aber nie ihre Schmerzen los werden, so lange sie etwas verheimliche. Durch solches Drängen erreichte ich, dass wirklich kein Druck mehr erfolglos blieb. Ich musste annehmen, dass ich den Sachverhalt richtig erkannt hatte, und gewann bei dieser Analyse ein in der That unbedingtes Zutrauen zu meiner Technik. Es kam oft vor, dass sie mir erst nach dem dritten Drücken eine Mittheilung machte, dann aber selbst hinzufügte: Ich hätte es Ihnen gleich das erste Mal sagen können. — Ja, warum haben Sie es nicht gleich gesagt? — Ich habe gemeint, es ist nicht das Richtige, oder: ich habe gemeint, ich kann es umgehen; es ist aber jedesmal wiedergekommen. Ich fieng während dieser schweren Arbeit an, dem Widerstand, den die Kranke bei der Reproduction ihrer Erinnerungen zeigte, eine tiefere Bedeutung beizulegen und die Anlässe sorgfältig zusammenzustellen, bei denen er sich besonders auffällig verrieth.

Ich komme nun zur Darstellung der dritten Periode unserer Behandlung. Der Kranken gieng es besser, sie war psychisch entlastet und leistungsfähig geworden, aber die Schmerzen waren offenbar nicht behoben, sie kamen von Zeit zu Zeit immer wieder, und zwar in alter Heftigkeit. Dem unvollkommenen Heilerfolg entsprach die unvollständige Analyse, ich wusste noch immer nicht genau, in welchem Moment und durch welchen Mechanismus die Schmerzen entstanden waren. Während der Reproduction der mannigfaltigsten Scenen in der zweiten Periode und der Beobachtung des Widerstandes der Kranken gegen die Erzählung hatte sich bei mir ein bestimmter Verdacht gebildet; ich wagte aber noch nicht, ihn zur Grundlage meines Handelns zu machen. Eine zufällige Wahrnehmung gab da den Ausschlag. Ich hörte einmal während der Arbeit mit der Kranken Männerschritte im Nebenzimmer, eine angenehm klingende Stimme, die eine Frage zu stellen schien, und meine Patientin erhob sich darauf mit der Bitte, für heute abzubrechen, sie höre, dass ihr Schwager gekommen sei und

nach ihr frage. Sie war bis dahin schmerzfrei gewesen, nach dieser Störung verriethen ihre Miene und ihr Gang das plötzliche Auftreten heftiger Schmerzen. Ich war in meinem Verdacht bestärkt und be schloss die entscheidende Aufklärung herbeizuführen.

Ich stellte also die Frage nach den Umständen und Ursachen des ersten Auftretens der Schmerzen. Als Antwort lenkten sich ihre Gedanken auf den Sommeraufenthalt in jenem Curort vor der Gasteiner Reise, und es zeigten sich wieder einige Scenen, die schon vorher minder erschöpfend behandelt worden waren. Ihre Gemüthsverfassung zu jener Zeit, die Erschöpfung nach der Sorge um das Augenlicht der Mutter und nach deren Krankenpflege während der Zeit der Augenoperation, ihr endliches Verzagen, als einsames Mädchen etwas vom Leben geniessen oder im Leben leisten zu können. Sie war sich bis dahin stark genug vorgekommen, um den Beistand eines Mannes entbehren zu können, jetzt bemächtigte sich ihrer ein Gefühl ihrer Schwäche als Weib, eine Sehnsucht nach Liebe, in welcher nach ihren eigenen Worten ihr starres Wesen zu schmelzen begann. In solcher Stimmung machte die glückliche Ehe ihrer jüngeren Schwester den tiefsten Eindruck auf sie; wie rührend er für sie sorgte, wie sie sich mit einem Blick verstanden, wie sicher sie einer des anderen zu sein schienen. Es war ja gewiss bedauerlich, dass die zweite Schwangerschaft so rasch auf die erste folgte, und die Schwester wusste, dass diess die Ursache ihres Leidens sei, aber wie willig ertrug sie dieses Leiden, weil er die Ursache davon war. An dem Spaziergange, der mit Elisabeth's Schmerzen so innig verknüpft war, wollte der Schwager anfangs nicht theilnehmen, er zog es vor, bei der kranken Frau zu bleiben. Diese bewog ihn aber durch einen Blick mitzugehen, weil sie meinte, dass es Elisabeth Freude machen würde. Elisabeth blieb die ganze Zeit über in seiner Begleitung, sie sprachen mit einander über die verschiedensten und intimsten Dinge, sie fand sich so sehr im Einklang mit allem, was er sagte, und der Wunsch, einen Mann zu besitzen, der ihm gleiche, wurde übermächtig in ihr. Dann folgte die Scene wenige Tage später, als sie am Morgen nach der Abreise den Aussichtsort aufsuchte, welcher ein Lieblingsspaziergang der Abwesenden gewesen war. Sie setzte sich dort auf einen Stein und träumte wiederum von einem Lebensglück, wie es der Schwester zugefallen war, und von einem Manne, der ihr Herz so zu fesseln verstünde wie dieser Schwager. Sie stand mit Schmerzen auf, die aber nochmals vergiengen, erst am Nachmittag nach dem warmen Bad, das sie im Orte nahm, brachen die Schmerzen

über sie herein, die sie seither nicht verlassen hatten. Ich versuchte zu erforschen, mit was für Gedanken sie sich damals im Bade beschäftigt; es ergab sich aber nur, dass das Badhaus sie an ihre abgereisten Geschwister erinnert, weil diese in demselben Haus gewohnt hatten.

Mir musste längst klar geworden sein, um was es sich handle; die Kranke schien in schmerzlich-süsse Erinnerungen versunken, nicht zu bemerken, welchem Aufschluss sie zusteuere, und setzte die Wiedergabe ihrer Reminiscenzen fort. Es kam die Zeit in Gastein, die Sorge, mit der sie jedem Briefe entgegensah; endlich die Nachricht, dass es der Schwester schlecht gienge, das lange Warten bis zum Abend, an dem sie erst Gastein verlassen konnten. Die Fahrt in qualvoller Ungewissheit, in schlafloser Nacht, — alles als Momente, die von heftiger Steigerung der Schmerzen begleitet waren. Ich fragte, ob sie sich während der Fahrt die traurige Möglichkeit vorgestellt, die sich dann verwirklicht fand. Sie antwortete, sie sei dem Gedanken sorgsam ausgewichen, die Mutter aber habe, nach ihrer Meinung, vom Anfang an das Schlimmste erwartet. — Nun folgte ihre Erinnerung der Ankunft in Wien, der Eindrücke, die sie von den erwartenden Verwandten empfiengen, der kleinen Reise von Wien in die nahe Sommerfrische, in der die Schwester wohnte, der Ankunft dort am Abend, des eilig zurückgelegten Weges durch den Garten bis zur Thüre des kleinen Gartenpavillons, — die Stille im Hause, die beklemmende Dunkelheit; dass der Schwager sie nicht empfieng; dann standen sie vor dem Bette, sahen die Todte, und in dem Momente der grässlichen Gewissheit, dass die geliebte Schwester gestorben sei, ohne von ihnen Abschied zu nehmen, ohne ihre letzten Tage durch ihre Pflege verschönt zu haben, — in demselben Momente hatte ein anderer Gedanke Elisabeth's Hirn durchzuckt, der sich jetzt unabweisbar wieder eingestellt hatte, der Gedanke, der wie ein greller Blitz durch's Dunkel fuhr: Jetzt ist er wieder frei, und ich kann seine Frau werden.

Nun war freilich alles klar. Die Mühe des Analytikers war reichlich gelohnt worden: Die Ideen der „Abwehr“ einer unverträglichen Vorstellung, der Entstehung hysterischer Symptome durch Conversion psychischer Erregung in's Körperliche, die Bildung einer separaten psychischen Gruppe durch den Willensact, der zur Abwehr führt; dies alles wurde mir in jenem Moment greifbar vor Augen gerückt. So und nicht anders war es hier zugegangen. Dieses Mädchen hatte ihrem Schwager eine zärtliche Neigung geschenkt, gegen deren Aufnahme in ihr Bewusstsein sich ihr ganzes moralisches Wesen

sträubte. Es war ihr gelungen, sich die schmerzliche Gewissheit, dass sie den Mann ihrer Schwester liebe, zu ersparen, indem sie sich dafür körperliche Schmerzen schuf, und in Momenten, wo sich ihr diese Gewissheit aufdrängen wollte (auf dem Spaziergang mit ihm, während jener Morgenträumerei, im Bade, vor dem Bette der Schwester) waren durch gelungene Conversion in's Somatische jene Schmerzen entstanden. Zur Zeit, da ich sie in Behandlung nahm, war die Absonderung der auf diese Liebe bezüglichen Vorstellungsgruppe von ihrem Wissen bereits vollzogen; ich meine, sie hätte sonst niemals einer solchen Behandlung zugestimmt; der Widerstand, den sie zu wiederholten Malen der Reproduction von traumatisch wirksamen Scenen entgegengesetzt hatte, entsprach wirklich der Energie, mit welcher die unverträgliche Vorstellung aus der Association gedrängt worden war.

Für den Therapeuten kam aber zunächst eine böse Zeit. Der Effect der Wiederaufnahme jener verdrängten Vorstellung war ein niederschmetternder für das arme Kind. Sie schrie laut auf, als ich den Sachverhalt mit den trockenen Worten zusammenfasste: Sie waren also seit langer Zeit in Ihren Schwager verliebt. Sie klagte über die grässlichsten Schmerzen in diesem Augenblick, sie machte noch eine verzweifelte Anstrengung, die Aufklärung zurückzuweisen. Es sei nicht wahr, ich habe es ihr eingeredet, es könne nicht sein, einer solchen Schlechtigkeit sei sie nicht fähig. Das würde sie sich auch nie verzeihen. Es war leicht, ihr zu beweisen, dass ihre eigenen Mittheilungen keine andere Deutung zuliessen, aber es dauerte lange, bis meine beiden Trostgründe, dass man für Empfindungen unverantwortlich sei, und dass ihr Verhalten, ihr Erkranken unter jenen Anlässen ein genügendes Zeugniss für ihre moralische Natur sei, bis diese Tröstungen, sage ich, Eindruck auf sie machten.

Ich musste jetzt mehr als einen Weg einschlagen, um der Kranken Linderung zu verschaffen. Zunächst wollte ich ihr Gelegenheit geben, sich der seit langer Zeit aufgespeicherten Erregung durch „Abreagiren“ zu entledigen. Wir forschten den ersten Eindrücken aus dem Verkehr mit ihrem Schwager, dem Beginne jener unbewusst gehaltenen Neigung nach. Es fanden sich hier alle jene kleinen Vorzeichen und Ahnungen, aus denen eine voll entwickelte Leidenschaft in der Rückschau so viel zu machen versteht. Er hatte bei seinem ersten Besuch im Hause sie für die ihm bestimmte Braut gehalten und sie vor der älteren, aber unscheinbaren Schwester begrüsst. Eines Abends unterhielten sie sich so lebhaft mit einander und schienen

sich so wohl zu verstehen, dass die Braut sie mit der halb ernst gemeinten Bemerkung unterbrach: „Eigentlich hättet Ihr zwei sehr gut zu einander gepasst.“ Ein anderesmal war in einer Gesellschaft, welche von der Verlobung noch nichts wusste, die Rede von dem jungen Manne, und eine Dame beanständete einen Fehler seiner Gestalt, der auf eine juvenile Knochenerkrankung hindeutete. Die Braut selbst blieb ruhig dabei, Elisabeth aber fuhr auf und trat mit einem Eifer, der ihr dann selbst unverständlich war, für den geraden Wuchs ihres zukünftigen Schwagers ein. Indem wir uns durch diese Reminiscenzen hindurcharbeiteten, wurde es Elisabeth klar, dass die zärtliche Empfindung für ihren Schwager seit langer Zeit, vielleicht seit Beginn ihrer Beziehungen in ihr geschlummert und sich so lange hinter der Maske einer blos verwandschaftlichen Zuneigung versteckt hatte, wie sie ihr hoch entwickeltes Familiengefühl begreiflich machen konnte.

Dieses Abreagiren that ihr entschieden sehr wohl; noch mehr Erleichterung konnte ich ihr aber bringen, indem ich mich freundschaftlich um gegenwärtige Verhältnisse bekümmerte. Ich suchte in solcher Absicht eine Unterredung mit Frau v. R. . ., in der ich eine verständige und feinfühlige, wenngleich durch die letzten Schicksale in ihrem Lebensmuth beeinträchtigte Dame fand. Von ihr erfuhr ich, dass der Vorwurf einer unzarten Erpressung, den der ältere Schwager gegen den Witwer erhoben hatte, und der für Elisabeth so schmerzlich war, bei näherer Erkundigung zurückgenommen werden musste. Der Charakter des jungen Mannes konnte ungetrübt bleiben; ein Missverständniss, die leicht begreifliche Differenz in der Werthschätzung des Geldes, die der Kaufmannn, für den Geld ein Arbeitswerkzeug war, im Gegensatz zur Anschauung des Beamten zeigen durfte; mehr als diess blieb von dem scheinbar so peinlichen Vorfall nicht übrig. Ich bat die Mutter, fortan Elisabeth alle Aufklärungen zu geben, deren sie bedurfte, und ihr in der Folgezeit jene Gelegenheit zur seelischen Mittheilung zu bieten, an welche ich sie gewöhnt hatte.

Es lag mir natürlich auch daran zu erfahren, welche Aussicht der jetzt bewusst gewordene Wunsch des Mädchens habe, zur Wirklichkeit zu werden. Hier lagen die Dinge minder günstig! Die Mutter sagte, sie habe die Neigung Elisabeth's für ihren Schwager längst geahnt, allerdings nicht gewusst, dass sich eine solche noch bei Lebzeiten der Schwester geltend gemacht habe. Wer sie Beide im — allerdings selten gewordenen — Verkehr sehe, dem könne über die Absicht des Mädchens, ihm zu gefallen, kein Zweifel bleiben. Allein weder sie,

die Mutter, noch die Rathgeber in der Familie seien einer ehelichen Verbindung der Beiden sonderlich geneigt. Die Gesundheit des jungen Mannes sei keine feste und habe durch den Tod der geliebten Frau einen neuen Stoss erlitten; es sei auch gar nicht sicher, dass er seelisch soweit erholt sei, um eine neue Ehe einzugehen. Er halte sich wahrscheinlich darum so reservirt, vielleicht auch, weil er, seiner Annahme nicht sicher, nahe liegendes Gerede vermeiden wolle. Bei dieser Zurückhaltung von beiden Seiten dürfte wohl die Lösung, die sich Elisabeth ersehnte, missglücken.

Ich theilte dem Mädchen alles mit, was ich von der Mutter erfahren hatte, hatte die Genugthuung, ihr durch die Aufklärung jener Geldaffaire wohlzuthun, und muthete ihr andererseits zu, die Ungewissheit über die Zukunft, die nicht zu zerstreuen war, ruhig zu tragen. Jetzt aber drängte der vorgeschrittene Sommer dazu, der Behandlung ein Ende zu machen. Sie befand sich wieder wohler, von ihren Schmerzen war zwischen uns nicht mehr die Rede, seitdem wir uns mit der Ursache beschäftigten, auf welche sich die Schmerzen hatten zurückführen lassen. Wir hatten beide die Empfindung, fertig geworden zu sein, wenngleich ich mir sagte, dass das Abreagiren der verhaltenen Zärtlichkeit nicht gerade sehr vollständig gemacht worden war. Ich betrachtete sie als geheilt, verwies sie noch auf das selbstthätige Fortschreiten der Lösung, nachdem eine solche einmal angebahnt war, und sie widersprach mir nicht. Sie reiste mit ihrer Mutter ab, um die älteste Schwester und deren Familie im gemeinsamen Sommeraufenthalt zu treffen.

Ich habe noch kurz über den weiteren Verlauf der Krankheit bei Fräulein Elisabeth v. R. zu berichten. Einige Wochen nach unserem Abschied erhielt ich einen verzweifelten Brief der Mutter, der mir mittheilte, Elisabeth habe sich beim ersten Versuch, mit ihr von ihren Herzensangelegenheiten zu sprechen, in voller Empörung aufgelehnt und seither wieder heftige Schmerzen bekommen; sie sei aufgebracht gegen mich, weil ich ihr Geheimniss verletzt habe, zeige sich vollkommen unzugänglich, die Cur sei gründlich misslungen. Was nun zu thun wäre? Von mir wolle sie nichts wissen. Ich gab keine Antwort; es stand zu erwarten, dass sie noch einmal den Versuch machen würde, die Einmengung der Mutter abzuweisen und in ihre Verschlossenheit zurückzukehren, nachdem sie aus meiner Zucht entlassen war. Ich hatte aber eine Art von Sicherheit, es werde sich alles zurechtschütteln, meine Mühe sei nicht vergebens angewandt

gewesen. Zwei Monate später waren sie nach Wien zurückgekehrt, und der College, dem ich die Einführung bei der Kranken dankte, brachte mir die Nachricht, Elisabeth befinde sich vollkommen wohl, benehme sich wie gesund, habe allerdings noch zeitweise etwas Schmerzen. Sie hat mir seither noch zu wiederholten Malen ähnliche Botschaften geschickt, jedesmal dabei zugesagt, mich aufzusuchen; es ist aber charakteristisch für das persönliche Verhältniss, das sich bei solchen Behandlungen herausbildet, dass sie es nie gethan hat. Wie mir mein College versichert, ist sie als geheilt zu betrachten; das Verhältniss des Schwagers zur Familie hat sich nicht geändert.

Im Frühjahr 1894 hörte ich, dass sie einen Hausball besuchen werde, zu welchem ich mir Zutritt verschaffen konnte, und ich liess mir die Gelegenheit nicht entgehen, meine einstige Kranke im raschen Tanz dahinfliegen zu sehen. Sie hat sich seither aus freier Neigung mit einem Fremden verheiratet.

Epikrise.

Ich bin nicht immer Psychotherapeut gewesen, sondern bin bei Localdiagnosen und Elektroprognostik erzogen worden wie andere Neuropathologen, und es berührt mich selbst noch eigenthümlich, dass die Krankengeschichten, die ich schreibe, wie Novellen zu lesen sind, und dass sie sozusagen des ernsten Gepräges der Wissenschaftlichkeit entbehren. Ich muss mich damit trösten, dass für dieses Ergebniss die Natur des Gegenstandes offenbar eher verantwortlich zu machen ist als meine Vorliebe; Localdiagnostik und elektrische Reaktionen kommen bei dem Studium der Hysterie eben nicht zur Geltung, während eine eingehende Darstellung der seelischen Vorgänge, wie man sie vom Dichter zu erhalten gewöhnt ist, mir gestattet, bei Anwendung einiger weniger psychologischer Formeln doch eine Art von Einsicht in den Hergang einer Hysterie zu gewinnen. Solche Krankengeschichten wollen beurtheilt werden wie psychiatrische, haben aber vor letzteren e i n e s voraus, nämlich die innige Beziehung zwischen Leidensgeschichte und Krankheitssymptomen, nach welcher wir in den Biographien anderer Psychosen noch vergebens suchen.

Ich habe mich bemüht, die Aufklärungen, die ich über den Fall des Frl. Elisabeth v. R. geben kann, in die Darstellung ihrer Heilungsgeschichte zu verflechten; vielleicht ist es nicht überflüssig, das Wesentliche hier im Zusammenhange zu wiederholen. Ich habe den

Charakter der Kranken geschildert, die Züge, die bei soviel Hysterischen wiederkehren und die man wahrhaftig nicht auf Rechnung einer Degeneration setzen darf: Die Begabung, den Ehrgeiz, die moralische Feinfühligkeit, das übergrosse Liebesbedürfniss, das zunächst in der Familie seine Befriedigung findet, die über das weibliche Ideal hinausgehende Selbständigkeit ihrer Natur, die sich in einem guten Stück Eigensinn, Kampfbereitschaft und Verschlossenheit äussert. Eine irgend erhebliche hereditäre Belastung war nach den Mittheilungen meines Collegen in den beiden Familien nicht nachweisbar; ihre Mutter zwar litt durch lange Jahre an nicht näher erforschter, neurotischer Verstimmung; deren Geschwister aber, der Vater und dessen Familie durften zu den ausgeglichenen, nicht nervösen Menschen gezählt werden. Ein schwererer Fall von Neuropsychose war bei den nächsten Angehörigen nicht vorgefallen.

Auf diese Natur wirkten nun schmerzliche Gemüthsbewegungen ein, zunächst der depotenzirende Einfluss einer langen Krankenpflege bei dem geliebten Vater.

Es hat seine guten Gründe, wenn die Krankenpflege in der Vorgeschichte der Hysterien eine so bedeutende Rolle spielt. Eine Reihe der hierbei wirksamen Momente liegt ja klar zu Tage, die Störung des körperlichen Befindens durch unterbrochenen Schlaf, vernachlässigte Körperpflege, die Rückwirkung einer beständig nagenden Sorge auf die vegetativen Functionen; das Wichtigste aber liegt nach meiner Schätzung anderwärts. Wessen Sinn durch die hunderterlei Aufgaben der Krankenpflege beschäftigt ist, die sich in unabsehbarer Folge Wochen und Monate lang an einander reihen, der gewöhnt sich einerseits daran, alle Zeichen der eigenen Ergriffenheit zu unterdrücken, andererseits lenkt er sich bald von der Aufmerksamkeit für seine eigenen Eindrücke ab, weil ihm Zeit wie Kraft fehlt, ihnen gerecht zu werden. So speichert der Krankenpfleger eine Fülle von affectfähigen Eindrücken in sich auf, die kaum klar genug percipirt, jedenfalls nicht durch Abreagiren geschwächt worden sind. Er schafft sich das Material für eine Retentionshysterie. Genest der Kranke, so werden all diese Eindrücke freilich entwerthet; stirbt er aber, bricht die Zeit der Trauer herein, in welcher nur werthvoll erscheint, was sich auf den Verlorenen bezieht, so kommen auch jene der Erledigung harrenden Eindrücke an die Reihe, und nach einer kurzen Pause der Erschöpfung bricht die Hysterie los, zu der der Keim während der Krankenpflege gelegt wurde.

Man kann dieselbe Thatsache der nachträglichen Erledigung während der Krankenpflege gesammelter Traumen gelegentlich auch antreffen, wo der Gesammteindruck des Krankseins nicht zu Stande kommt, der Mechanismus der Hysterie aber doch gewahrt wird. So kenne ich eine hochbegabte, an leichten nervösen Zuständen leidende Frau, deren ganzes Wesen die Hysterica bezeugt, wenngleich sie nie den Aerzten zur Last gefallen ist, nie die Ausübung ihrer Pflichten hat unterbrechen müssen. Diese Frau hat bereits 3 oder 4 ihrer Lieben zu Tode gepflegt, jedesmal bis zur vollen körperlichen Erschöpfung; sie ist auch nach diesen traurigen Leistungen nicht erkrankt. Aber kurze Zeit nach dem Tode des Kranken beginnt in ihr die Reproductionsarbeit, welche ihr die Scenen der Krankheit und des Sterbens nochmals vor die Augen führt. Sie macht jeden Tag jeden Eindruck von Neuem durch, weint darüber und tröstet sich darüber, — man möchte sagen in Musse. Solche Erledigung geht bei ihr durch die Geschäfte des Tages durch, ohne dass die beiden Thätigkeiten sich verwirren. Das Ganze zieht chronologisch an ihr vorüber. Ob die Erinnerungsarbeit eines Tages genau einen Tag der Vergangenheit deckt, weiss ich nicht. Ich vermuthe, diess hängt von der Musse ab, welche ihr die laufenden Geschäfte des Haushaltes lassen.

Ausser dieser „nachholenden Thräne“, die sich an den Todesfall mit kurzem Intervall anschliesst, hält diese Frau periodische Erinnerungsfeier alljährlich um die Zeit der einzelnen Katastrophen, und hier folgt ihre lebhafte visuelle Reproduction und ihre Affectäusserung getreulich dem Datum. Ich treffe sie beispielsweise in Thränen und erkundige mich theilnehmend, was es heute gegeben hat. Sie wehrt die Nachfrage halb ärgerlich ab: „Ach nein, es war nur heute der Hofrath N. . . . wieder da und hat uns zu verstehen gegeben, dass nichts zu erwarten ist. Ich hab' damals keine Zeit gehabt, darüber zu weinen.“ Sie bezieht sich auf die letzte Krankheit ihres Mannes, der vor 3 Jahren gestorben ist. Es wäre mir sehr interessant zu wissen, ob sie bei diesen jährlich wiederkehrenden Erinnerungsfeiern stets dieselben Scenen wiederholt. oder ob sich ihr jedesmal andere Einzelheiten zum Abreagiren darbieten, wie ich im Interesse meiner Theorie vermuthe. Ich kann aber nichts Sicheres darüber erfahren, die ebenso kluge als starke Frau schämt sich der Heftigkeit, mit welcher jene Reminiscenzen auf sie wirken.[1]

[1] Ich habe einmal mit Verwunderung erfahren, dass ein solches „nachholendes Abreagiren“ — nach anderen Eindrücken als bei einer Krankenpflege — den

Ich hebe nochmals hervor: Diese Frau ist nicht krank, das nachholende Abreagiren ist bei aller Aehnlichkeit doch kein hysterischer Vorgang; man darf sich die Frage stellen, woran es liegen mag, dass nach der einen Krankenpflege sich eine Hysterie ergiebt, nach der anderen nicht. An der persönlichen Disposition kann es nicht liegen, eine solche war bei der Dame, die ich hier im Sinne habe, im reichsten Ausmaass vorhanden.

Ich kehre zu Fräulein Elisabeth v. R. zurück. Während der Pflege ihres Vaters also entstand bei ihr das erste Mal ein hysterisches Symptom und zwar ein Schmerz an einer bestimmten Stelle des rechten Oberschenkels. Der Mechanismus dieses Symptoms lässt sich auf Grund der Analyse hinreichend durchleuchten. Es war ein Moment,

---

Inhalt einer sonst räthselhaften Neurose bilden kann. Es war diess bei einem schönen 19jährigen Mädchen, Frl. Mathilde H. . . ., welches ich zuerst mit einer unvollständigen Lähmung der Beine sah, dann aber Monate später zur Behandlung bekam, weil sie ihren Charakter verändert hatte, bis zur Lebensunlust verstimmt, rücksichtslos gegen ihre Mutter, reizbar und unzugänglich geworden war. Das ganze Bild der Patientin gestattete mir nicht die Annahme einer gewöhnlichen Melancholie. Sie war sehr leicht in tiefen Somnambulismus zu versetzen, und ich bediente mich dieser ihrer Eigenthümlichkeit, um ihr jedesmal Gebote und Suggestionen zu ertheilen, die sie im tiefen Schlaf anhörte, mit reichlichen Thränen begleitete, die aber sonst an ihrem Befinden wenig änderten. Eines Tages wurde sie in der Hypnose gesprächig und theilte mir mit, dass die Ursache ihrer Verstimmung die vor mehreren Monaten erfolgte Auflösung ihrer Verlobung sei. Es hätte sich bei näherer Bekanntschaft mit dem Verlobten immer mehr herausgestellt, was der Mutter und ihr unerwünscht gewesen wäre, andererseits seien die materiellen Vortheile der Verbindung zu greifbar gewesen, um den Entschluss des Abbrechens leicht zu machen: so hätten sie Beide eine lange Zeit geschwankt, sie selbst sei in einen Zustand von Unentschlossenheit gerathen, in dem sie apathisch alles über sich ergehen liess, und endlich habe die Mutter für sie das entscheidende Nein gesprochen. Eine Weile später sei sie wie aus einem Traum erwacht, habe begonnen, sich eifrig in Gedanken mit der bereits gefällten Entscheidung zu befassen, das Für und das Wider bei sich abzuwägen, und dieser Vorgang setze sich bei ihr immer noch fort. Sie lebe in jener Zeit der Zweifel, habe an jedem Tag die Stimmung und die Gedanken, die sich für den damaligen Tag geschickt hätten, ihre Reizbarkeit gegen die Mutter sei auch nur in damals geltenden Verhältnissen begründet, und neben dieser Gedankenthätigkeit komme ihr das gegenwärtige Leben wie eine Scheinexistenz, wie etwas Geträumtes vor. — Es gelang mir nicht wieder, das Mädchen zum Reden zu bringen, ich setzte meinen Zuspruch in tiefem Somnambulismus fort, sah sie jedesmal in Thränen ausbrechen, ohne dass sie mir je Antwort gab, und eines Tages, ungefähr um den Jahrestag der Verlobung, war der ganze Zustand von Verstimmung vorüber, was mir als grosser hypnotischer Heilerfolg angerechnet wurde.

in welchem der Vorstellungskreis ihrer Pflichten gegen den kranken Vater mit dem damaligen Inhalt ihres erotischen Sehnens in Conflict gerieth. Sie entschied sich unter lebhaften Selbstvorwürfen für den ersteren und schuf sich dabei den hysterischen Schmerz. Nach der Auffassung, welche die Conversionstheorie der Hysterie nahe legt, wäre der Vorgang folgender Art darzustellen: Sie verdrängte die erotische Vorstellung aus ihrem Bewusstsein und wandelte deren Affectgrösse in somatische Schmerzempfindung um. Ob sich ihr dieser erste Conflict ein einziges Mal oder wiederholte Male darbot, wurde nicht klar; wahrscheinlicher ist das Letztere. Ein ganz ähnlicher Conflict — indess von höherer moralischer Bedeutung und durch die Analyse noch besser bezeugt — wiederholte sich nach Jahren und führte zur Steigerung derselben Schmerzen und zu deren Ausbreitung über die anfänglich besetzten Grenzen. Wiederum war es ein erotischer Vorstellungskreis, der in Conflict mit all ihren moralischen Vorstellungen gerieth, denn die Neigung bezog sich auf ihren Schwager, und sowohl zu Lebzeiten als nach dem Tode ihrer Schwester war es ein für sie unannehmbarer Gedanke, dass sie sich gerade nach diesem Manne sehnen sollte. Ueber diesen Conflict, welcher den Mittelpunkt der Krankengeschichte darstellt, gibt die Analyse ausführliche Auskunft. Die Neigung der Kranken zu ihrem Schwager mochte seit Langem gekeimt haben, ihrer Entwicklung kam die körperliche Erschöpfung durch neuerliche Krankenpflege, die moralische Erschöpfung durch mehrjährige Enttäuschungen zu Gute, ihre innerliche Sprödigkeit begann sich damals zu lösen, und sie gestand sich das Bedürfniss nach der Liebe eines Mannes ein. Während eines über Wochen ausgedehnten Verkehres (in jenem Curort) gelangte diese erotische Neigung gleichzeitig mit den Schmerzen zur vollen Ausbildung, und für dieselbe Zeit bezeugt die Analyse einen besonderen psychischen Zustand der Kranken, dessen Zusammenhalt mit der Neigung und den Schmerzen ein Verständniss des Vorganges im Sinne der Conversionstheorie zu ermöglichen scheint.

Ich muss mich nämlich der Behauptung getrauen, dass die Kranke zu jener Zeit sich der Neigung zu ihrem Schwager, so intensiv selbe auch war, nicht klar bewusst wurde, ausser bei einzelnen seltenen Veranlassungen, und dann nur für Momente. Wäre es anders gewesen, so hätte sie sich auch des Widerspruches zwischen dieser Neigung und ihren moralischen Vorstellungen bewusst werden und ähnliche Seelenqualen überstehen müssen, wie ich sie nach unserer

Analyse leiden sah. Ihre Erinnerung hatte von dergleichen Leiden nichts zu berichten, sie hatte sich dieselben erspart, folglich war ihr auch die Neigung selbst nicht klar geworden; damals wie noch zur Zeit der Analyse war die Liebe zu ihrem Schwager nach Art eines Fremdkörpers in ihrem Bewusstsein vorhanden, ohne in Beziehungen zu ihrem sonstigen Vorstellungsleben getreten zu sein. Es war der eigenthümliche Zustand des Wissens und gleichzeitigen Nichtwissens in Bezug auf diese Neigung vorhanden, der Zustand der abgetrennten psychischen Gruppe. Etwas anderes ist aber nicht gemeint, wenn man behauptet, diese Neigung sei ihr nicht „klar bewusst" gewesen; es ist nicht gemeint eine niedere Qualität oder ein geringer Grad von Bewusstsein, sondern eine Abtrennung vom freien associativen Denkverkehr mit dem übrigen Vorstellungsinhalt.

Wie konnte es nur dazu kommen, dass eine so intensiv betonte Vorstellungsgruppe so isolirt gehalten wurde? Im Allgemeinen wächst doch mit der Affectgrösse einer Vorstellung auch deren Rolle in der Association.

Man kann diese Frage beantworten, wenn man auf zwei Thatsachen Rücksicht nimmt, deren man sich als sichergestellt bedienen darf; 1. dass gleichzeitig mit der Bildung jener separaten psychischen Gruppe die hysterischen Schmerzen entstanden, 2. dass die Kranke dem Versuche der Herstellung der Association zwischen der separaten psychischen Gruppe und dem übrigen Bewusstseinsinhalt einen grossen Widerstand entgegensetzte und, als diese Vereinigung doch vollzogen war, einen grossen psychischen Schmerz empfand. Unsere Auffassung der Hysterie bringt diese beiden Momente mit der Thatsache der Bewusstseinsspaltung zusammen, indem sie behauptet: in 2. sei der Hinweis auf das Motiv der Bewusstseinsspaltung enthalten, in 1. auf den Mechanismus derselben. Das Motiv war das der Abwehr, das Sträuben des ganzen Ich, sich mit dieser Vorstellungsgruppe zu vertragen; der Mechanismus war der der Conversion, d. h. anstatt der seelischen Schmerzen, die sie sich erspart hatte, traten körperliche auf; es wurde so eine Umwandlung eingeleitet, bei der sich als Gewinn herausstellte, dass die Kranke sich einem unerträglichen psychischen Zustand entzogen hatte, allerdings auf Kosten einer psychischen Anomalie, der zugelassenen Bewusstseinsspaltung, und eines körperlichen Leidens, der Schmerzen, über welche sich eine Astasie-Abasie aufbaute.

Allerdings eine Anleitung dazu, wie man bei sich eine solche Conversion herstellt, kann ich nicht geben; man macht das offenbar nicht so, wie man mit Absicht eine willkürliche Handlung ausführt; es ist ein Vorgang, der sich unter dem Antrieb des Motivs der Abwehr in einem Individuum vollzieht, wenn dieses die Eignung dazu in seiner Organisation — oder derzeitigen Modification — trägt.

Man hat ein Recht, der Theorie näher auf den Leib zu rücken und zu fragen: Was ist es denn, was sich hier in körperlichen Schmerz verwandelt? Die vorsichtige Antwort wird lauten: Etwas, woraus seelischer Schmerz hätte werden können und werden sollen. Will man sich weiter wagen und eine Art von algebraischer Darstellung der Vorstellungsmechanik versuchen, so wird man etwa dem Vorstellungscomplex dieser unbewusst gebliebenen Neigung einen gewissen Affectbetrag zuschreiben und letztere Quantität als das Convertirte bezeichnen. Eine directe Folgerung dieser Auffassung wäre es, dass die „unbewusste Liebe“ durch solche Conversion so sehr an Intensität eingebüsst, dass sie zu einer schwachen Vorstellung herabgesunken wäre; ihre Existenz als abgetrennte psychische Gruppe wäre dann erst durch diese Schwächung ermöglicht. Indess ist der vorliegende Fall nicht geeignet, in dieser so heikeln Materie Anschaulichkeit zu gewähren. Er entspricht wahrscheinlich einer bloss unvollständigen Conversion; aus anderen Fällen kann man wahrscheinlich machen, dass auch vollständige Conversionen vorkommen, und dass bei diesen in der That die unverträgliche Vorstellung „verdrängt“ worden ist, wie nur eine sehr wenig intensive Vorstellung verdrängt werden kann. Die Kranken versichern nach vollzogener associativer Vereinigung, dass sie sich seit der Entstehung des hysterischen Symptoms in Gedanken nicht mehr mit der unverträglichen Vorstellung beschäftigt haben. —

Ich habe oben behauptet, dass die Kranke bei gewissen Gelegenheiten, wenngleich nur flüchtig, die Liebe zu ihrem Schwager auch bewusst erkannte. Ein solcher Moment war z. B., als ihr am Bette der Schwester der Gedanke durch den Kopf fuhr: „Jetzt ist er frei und Du kannst seine Frau werden.“ Ich muss die Bedeutung dieser Momente für die Auffassung der ganzen Neurose erörtern. Nun, ich meine, in der Annahme einer „Abwehrhysterie“ ist bereits die Forderung enthalten, dass wenigstens ein solcher Moment vorgekommen ist. Das Bewusstsein weiss ja nicht vorher, wann sich eine unverträgliche Vorstellung einstellen wird; die unverträgliche Vorstellung, die später mit ihrem Anhang zur Bildung einer separaten psychischen Gruppe ausgeschlossen

wird, muss ja anfänglich im Denkverkehr gestanden sein, sonst hätte sich der Conflict nicht ergeben, der ihre Ausschliessung herbeigeführt hat.[1] Gerade diese Momente sind also als die „traumatischen" zu bezeichnen; in ihnen hat die Conversion stattgefunden, deren Ergebnisse die Bewusstseinsspaltung und das hysterische Symptom sind. Bei Frl. Elisabeth v. R. . deutet alles auf eine Mehrheit von solchen Momenten (die Scenen vom Spaziergang, Morgenmeditation, Bad, am Bette der Schwester); vielleicht kamen sogar neue Momente dieser Art während der Behandlung vor. Die Mehrheit solcher traumatischer Momente wird nämlich dadurch ermöglicht, dass ein ähnliches Erlebniss wie jenes, das die unverträgliche Vorstellung zuerst einführte, der abgetrennten psychischen Gruppe neue Erregung zuführt und so den Erfolg der Conversion vorübergehend aufhebt. Das Ich muss sich mit dieser plötzlich verstärkt aufleuchtenden Vorstellung beschäftigen und muss dann durch neuerliche Conversion den früheren Zustand wiederherstellen. Frl. Elisabeth, die beständig mit ihrem Schwager verkehrte, musste dem Auftauchen neuer Traumen besonders ausgesetzt sein. Ein Fall, dessen traumatische Geschichte in der Vergangenheit abgeschlossen lag, wäre mir für diese Darstellung erwünschter gewesen. —

Ich muss mich nun mit einem Punkte beschäftigen, den ich als eine Schwierigkeit für das Verständniss der vorstehenden Krankengeschichte bezeichnet habe. Auf Grund der Analyse nahm ich an, dass eine erste Conversion bei der Kranken während der Pflege ihres Vaters stattgefunden und zwar damals, als ihre Pflichten als Pflegerin in Widerstreit mit ihrem erotischen Sehnen geriethen, und dass dieser Vorgang das Vorbild jenes späteren war, der im Alpencurort zum Ausbruch der Krankheit führte. Nun ergiebt sich aber aus den Mittheilungen der Kranken, dass sie zur Zeit der Krankenpflege und in dem darauffolgenden Zeitabschnitt, den ich als „erste Periode" bezeichnet habe, überhaupt nicht an Schmerzen und Gehschwäche gelitten hat. Sie war zwar während der Krankheit des Vaters einmal durch wenige Tage mit Schmerzen in den Füssen bettlägerig, aber es ist zweifelhaft geblieben, ob dieser Anfall bereits der Hysterie zugeschrieben werden muss. Eine causale Beziehung zwischen diesen ersten Schmerzen und irgend welchem psychischen Eindruck liess sich bei der Analyse nicht erweisen; es ist möglich, ja sogar wahrscheinlich, dass es sich

[1] Anders bei einer Hypnoidhysterie; hier wäre der Inhalt der separaten psychischen Gruppe nie im Ichbewusstsein gewesen.

damals um gemeine, rheumatische Muskelschmerzen gehandelt hat. Wollte man selbst annehmen, dass dieser erste Schmerzanfall das Ergebniss einer hysterischen Conversion infolge der Ablehnung ihrer damaligen erotischen Gedanken war, so bleibt doch die Thatsache übrig, dass die Schmerzen nach wenigen Tagen verschwanden, so dass die Kranke sich also in der Wirklichkeit anders verhalten hatte, als sie während der Analyse zu zeigen schien. Während der Reproduction der sogenannten ersten Periode begleitete sie alle Erzählungen von der Krankheit und dem Tode des Vaters, von den Eindrücken aus dem Verkehr mit dem ersten Schwager u. dgl. mit Schmerzensäusserungen, während sie zur Zeit, da sie diese Eindrücke erlebte, keine Schmerzen verspürte. Ist das nicht ein Widerspruch, der geeignet ist, das Vertrauen in den aufklärenden Wert einer solchen Analyse recht herabzusetzen?

Ich glaube den Widerspruch lösen zu können, indem ich annehme, die Schmerzen — das Product der Conversion — seien nicht entstanden, während die Kranke die Eindrücke der ersten Periode erlebte, sondern nachträglich, also in der zweiten Periode, als die Kranke diese Eindrücke in ihren Gedanken reproducirte. Die Conversion sei erfolgt nicht an den frischen Eindrücken, sondern an den Erinnerungen derselben. Ich meine sogar, ein solcher Vorgang sei nichts Aussergewöhnliches bei der Hysterie, habe einen regelmässigen Antheil an der Entstehung hysterischer Symptome. Da aber eine solche Behauptung gewiss nicht einleuchtet, werde ich versuchen, sie durch andere Erfahrungen glaubwürdiger zu machen.

Es geschah mir einmal, dass sich während einer derartigen analytischen Behandlung bei einer Kranken ein neues hysterisches Symptom ausbildete, so dass ich dessen Wegräumung am Tage nach seinem Entstehen in Angriff nehmen konnte.

Ich will die Geschichte dieser Kranken in ihren wesentlichen Zügen hier einschieben; sie ist ziemlich einfach und doch nicht ohne Interesse.

Frl. Rosalia H . . ., 23 Jahre alt, seit einigen Jahren bemüht, sich zur Sängerin auszubilden, klagt darüber, dass ihre schöne Stimme ihr in gewissen Lagen nicht gehorcht. Es tritt ein Gefühl von Würgen und Schnüren in der Kehle ein, so dass der Ton wie gepresst klingt; ihr Lehrer hat ihr darum noch nicht gestatten können, sich vor dem Publicum als Sängerin zu zeigen; obwohl diese Unvollkommenheit nur die Mittellage betrifft, so kann sie doch nicht durch einen Fehler ihres Organs erklärt werden; zu Zeiten bleibt die Störung ganz

aus, so dass sich der Lehrer für sehr befriedigt erklärt; andere Male, auf die leiseste Erregung hin, auch scheinbar ohne jeden Grund, tritt die schnürende Empfindung wieder ein, und die freie Stimmentfaltung ist behindert. Es war nicht schwer, in dieser belästigenden Empfindung die hysterische Conversion zu erkennen; ob thatsächlich eine Contractur in gewissen Muskeln der Stimmbänder eintrat, habe ich nicht feststellen lassen.[1] In der hypnotischen Analyse, die ich mit dem Mädchen unternahm, erfuhr ich Folgendes von ihren Schicksalen und damit von der Verursachung ihrer Beschwerden; Sie war, früh verwaist, von einer selbst kinderreichen Tante in's Haus genommen worden und wurde dadurch Theilnehmerin an einem höchst unglücklichen Familienleben. Der Mann dieser Tante, eine offenbar pathologische Persönlichkeit, misshandelte Frau und Kinder in rohester Weise und kränkte sie besonders durch die unverhohlene sexuelle Bevorzugung der im Haus befindlichen Dienst- und Kindermädchen, was umso anstössiger wurde, je mehr die Kinder heranwuchsen. Als die Tante starb, wurde Rosalia die Schützerin der verwaisten und vom Vater bedrängten Kinderschaar. Sie nahm ihre Pflichten ernst, focht alle Conflicte durch, zu denen sie diese Stellung führte, hatte aber dabei die grösste Mühe aufzuwenden, um die Aeusserungen ihres Hasses und ihrer Verachtung gegen den Onkel zu unterdrücken. Damals entstand in ihr die Empfindung des Schnürens im Halse; jedesmal, wenn sie eine Antwort schuldig bleiben musste, wenn sie sich gezwungen hatte, auf eine empörende Beschuldigung ruhig zu bleiben, fühlte sie das Kratzen in der Kehle, das Zusammenschnüren, das Versagen der Stimme, kurz alle die im Kehlkopf und Schlund localisirten Empfindungen, die sie jetzt im Singen störten. Es war begreiflich, dass sie nach der Möglichkeit suchte sich selbständig zu machen, um den Aufregungen und peinlichen Eindrücken zu entgehen, die jeder Tag im Hause des Onkels

---

[1] Ich habe einen anderen Fall beobachtet, in dem eine Contractur der Masseteren der Sängerin die Ausübung ihrer Kunst unmöglich machte. Die junge Frau war durch peinliche Erlebnisse in ihrer Familie veranlasst worden, sich zur Bühne zu wenden. Sie sang in Rom in grosser Erregung Probe, als sie plötzlich die Empfindung bekam, sie könne den geöffneten Mund nicht schliessen; sie fiel ohnmächtig zu Boden. Der geholte Arzt drückte die Kiefer gewaltsam zusammen; die Kranke aber blieb von da an unfähig, die Kiefer weiter als die Breite eines Fingers von einander zu entfernen, und musste den neugewählten Beruf aufgeben. Als sie mehrere Jahre später in meine Behandlung kam, waren die Ursachen jener Erregung offenbar längst abgethan, denn eine Massage in leichter Hypnose reichte hin, um ihr den Mund weit zu öffnen. Die Dame hat seither öffentlich gesungen.

brachte. Ein tüchtiger Gesangslehrer nahm sich ihrer uneigennützig an und versicherte ihr, dass ihre Stimme sie berechtige, den Beruf einer Sängerin zu wählen. Sie begann nun heimlich Unterricht bei ihm zu nehmen, aber dadurch, dass sie oft mit dem Schnüren im Hals, wie es nach heftigen häuslichen Scenen übrig blieb, zum Sangunterricht wegeilte, festigte sich eine Beziehung zwischen dem Singen und der hysterischen Parästhesie, die schon durch die Organempfindung beim Singen angebahnt war. Der Apparat, über den sie beim Singen frei hätte verfügen sollen, zeigte sich besetzt mit Innervationsresten nach jenen zahlreichen Scenen unterdrückter Erregung. Sie hatte seither das Haus ihres Onkels verlassen, war in eine fremde Stadt gezogen, um der Familie fern zu bleiben, aber das Hinderniss war damit nicht überwunden. Andere hysterische Symptome zeigte das schöne, ungewöhnlich verständige Mädchen nicht.

Ich bemühte mich, diese „Retentionshysterie“ durch Reproduciren aller erregenden Eindrücke und nachträgliches Abreagiren zu erledigen. Ich liess sie schimpfen, Reden halten, dem Onkel tüchtig die Wahrheit in's Gesicht sagen u. dgl. Diese Behandlung that ihr auch sehr wohl; leider lebte sie unterdess hier in recht ungünstigen Verhältnissen. Sie hatte kein Glück mit ihren Verwandten. Sie war Gast bei einem anderen Onkel, der sie auch freundlich aufnahm; aber gerade dadurch erregte sie das Missfallen der Tante. Diese Frau vermuthete bei ihrem Manne ein tiefer gehendes Interesse an seiner Nichte und liess es sich angelegen sein, dem Mädchen den Aufenthalt in Wien gründlich zu verleiden. Sie hatte selbst in ihrer Jugend einer Neigung zur Künstlerschaft entsagen müssen und neidete es jetzt der Nichte, dass sie ihr Talent ausbilden konnte, obwohl hier nicht Neigung, sondern Drang zur Selbständigkeit die Entschliessung herbeigeführt hatte. Rosalie fühlte sich so beengt im Hause, dass sie z. B. nicht zu singen oder Clavier zu spielen wagte, wenn die Tante in Hörweite war, und dass sie es sorgfältig vermied, dem übrigens betagten Onkel — Bruder ihrer Mutter — etwas vorzuspielen oder vorzusingen, wenn die Tante hinzukommen konnte. Während ich mich bemühte, die Spuren alter Erregungen zu tilgen, entstanden aus diesem Verhältniss zu ihren Gastgebern neue, die endlich auch den Erfolg meiner Behandlung störten und vorzeitig die Cur unterbrachen.

Eines Tages erschien die Patientin bei mir mit einem neuen, kaum 24 Stunden alten Symptom. Sie klagte über ein unangenehmes Prickeln in den Fingerspitzen, das seit gestern alle paar Stunden auf-

trete und sie nöthige, ganz besondere, schnellende Bewegungen mit den Fingern zu machen. Ich konnte den Anfall nicht sehen, sonst hätte ich wohl aus dem Anblick der Fingerbewegungen den Anlass errathen; ich versuchte aber sofort der Begründung des Symptomes (eigentlich des kleinen hysterischen Anfalls) durch hypnotische Analyse auf die Spur zu kommen. Da das Ganze erst seit so kurzer Zeit bestand, hoffte ich Aufklärung und Erledigung rasch herbeiführen zu können. Zu meinem Erstaunen brachte mir die Kranke — ohne Zaudern und in chronologischer Ordnung — eine ganze Reihe von Scenen, in früher Kindheit beginnend, denen etwa gemeinsam war, dass sie ein Unrecht ohne Abwehr geduldet hatte, so dass es ihr dabei in den Fingern zucken konnte, z. B. Scenen wie, dass sie in der Schule die Hand hinhalten musste, auf die ihr der Lehrer mit dem Lineal einen Schlag versetzte. Es waren aber banale Anlässe, denen ich die Berechtigung, in die Aetiologie eines hysterischen Symptoms einzugehen, gerne bestritten hätte. Anders stand es mit einer Scene aus ihren ersten Mädchenjahren, die sich daran schloss. Der böse Onkel, der an Rheumatismus litt, hatte von ihr verlangt, dass sie ihn am Rücken massire. Sie getraute sich nicht, es zu verweigern. Er lag dabei zu Bett, plötzlich warf er die Decke ab, erhob sich, wollte sie packen und hinwerfen. Sie unterbrach natürlich die Massage und hatte sich im nächsten Moment geflüchtet und in ihrem Zimmer versperrt. Sie erinnerte sich offenbar nicht gerne an dieses Erlebniss, wollte sich auch nicht äussern, ob sie bei der plötzlichen Entblössung des Mannes etwas gesehen habe. Die Empfindung in den Fingern mochte dabei durch den unterdrückten Impuls zu erklären sein, ihn zu züchtigen, oder einfach daher rühren, dass sie eben mit der Massage beschäftigt war. Erst nach dieser Scene kam sie auf die gestern erlebte zu sprechen, nach welcher sich Empfindung und Zucken in den Fingern als wiederkehrendes Erinnerungssymbol eingestellt hatten. Der Onkel, bei dem sie jetzt wohnte, hatte sie gebeten, ihm etwas vorzuspielen; sie setzte sich an's Clavier und begleitete sich dabei mit Gesang in der Meinung, die Tante sei ausgegangen. Plötzlich kam die Tante in die Thüre; Rosalie sprang auf, warf den Deckel des Claviers zu und schleuderte das Notenblatt weg; es ist auch zu errathen, welche Erinnerung in ihr auftauchte und welchen Gedankengang sie in diesem Momente abwehrte, den der Erbitterung über den ungerechten Verdacht, der sie eigentlich bewegen sollte, das Haus zu verlassen, während sie doch der Cur wegen genöthigt war, in Wien zu bleiben, und eine andere Unterkunft nicht hatte. Die Bewegung der

Finger, die ich bei der Reproduction dieser Scene sah, war die des Fortschnellens, als ob man — wörtlich und figürlich — etwas von sich weisen würde, ein Notenblatt wegfegen oder eine Zumuthung abthun.

Sie war ganz bestimmt in ihrer Versicherung, dass sie dieses Symptom nicht vorher — nicht aus Anlass der zuerst erzählten Scenen — verspürt hatte. Was blieb also übrig anzunehmen, als dass das gestrige Erlebnis zunächst die Erinnerung an frühere ähnlichen Inhalts geweckt, und dass dann die Bildung eines Erinnerungssymbols der ganzen Gruppe von Erinnerungen gegolten hatte? Die Conversion war einerseits von frischerlebtem, andererseits von erinnertem Affect bestritten worden.

Wenn man sich die Sachlage näher überlegt, muss man zugestehen, dass ein solcher Vorgang eher als Regel denn als Ausnahme bei der Entstehung hysterischer Symptome zu bezeichnen ist. Fast jedesmal, wenn ich nach der Determinirung solcher Zustände forschte, fand sich nicht ein einziger, sondern eine Gruppe von ähnlichen traumatischen Anlässen vor (vergl. die schönen Beispiele bei Frau Emmy in der Krankengeschichte II). Für manche dieser Fälle liess sich feststellen, dass das betreffende Symptom schon nach dem ersten Trauma für kurze Zeit erschienen war, um dann zurückzutreten, bis es durch ein nächstes Trauma neuerdings hervorgerufen und stabilisirt wurde. Zwischen diesem zeitweiligen Hervortreten und dem überhaupt Latentbleiben nach den ersten Anlässen ist aber kein principieller Unterschied zu constatiren, und in einer überwiegend grossen Anzahl von Beispielen ergab sich wiederum, dass die ersten Traumen kein Symptom hinterlassen hatten, während ein späteres Trauma derselben Art ein Symptom hervorrief, welches doch zu seiner Entstehung der Mitwirkung der früheren Anlässe nicht entbehren konnte, und dessen Lösung wirklich die Berücksichtigung aller Anlässe erforderte. In die Ausdrucksweise der Conversionstheorie übersetzt, will diese unleugbare Thatsache der Summation der Traumen und der erstweiligen Latenz der Symptome besagen, dass die Conversion ebensogut vom frischen wie vom erinnerten Affect statthaben kann, und diese Annahme klärt den Widerspruch völlig auf, in dem bei Fräulein Elisabeth v. R. . . . Krankengeschichte und Analyse zu stehen scheinen.

Es ist ja keine Frage, dass die Gesunden die Fortdauer von Vorstellungen mit unerledigtem Affect in ihrem Bewusstsein im grossen Ausmaass ertragen. Die Behauptung, die ich eben verfochten, nähert bloss das Verhalten der Hysterischen dem der Gesunden an. Es kommt

offenbar auf ein quantitatives Moment an, nämlich darauf, wieviel von solcher Affectspannung eine Organisation verträgt. Auch der Hysterische wird ein gewisses Maass unerledigt beibehalten können; wächst dasselbe durch Summation bei ähnlichen Anlässen über die individuelle Tragfähigkeit hinaus, so ist der Anstoss zur Conversion gegeben. Es ist also keine fremdartige Aufstellung, sondern beinahe ein Postulat, dass die Bildung hysterischer Symptome auch auf Kosten von erinnertem Affect vor sich gehen könne. —

Ich habe mich nun mit dem Motiv und mit dem Mechanismus dieses Falles von Hysterie beschäftigt; es erübrigt noch, die Determinirung des hysterischen Symptoms zu erörtern. Warum mussten gerade die Schmerzen in den Beinen die Vertretung des seelischen Schmerzes übernehmen? Die Umstände des Falles weisen darauf hin, dass dieser somatische Schmerz nicht von der Neurose geschaffen, sondern bloss von ihr benützt, gesteigert und erhalten wurde. Ich will gleich hinzusetzen, in den allermeisten Fällen von hysterischen Algien, in welche ich Einsicht bekommen konnte, war es ähnlich; es war immer zu Anfang ein wirklicher, organisch begründeter Schmerz vorhanden gewesen. Es sind die gemeinsten, verbreitetsten Schmerzen der Menschheit, die am häufigsten dazu berufen erscheinen, eine Rolle in der Hysterie zu spielen, vor Allem die periostalen und neuralgischen Schmerzen bei Erkrankung der Zähne, die aus so verschiedenen Quellen stammenden Kopfschmerzen, und nicht minder die so häufig verkannten rheumatischen Schmerzen der Muskeln. Den ersten Anfall von Schmerzen, den Frl. Elisabeth v. R. noch während der Pflege ihres Vaters gehabt, halte ich auch für einen organisch begründeten. Ich erhielt nämlich keine Auskunft, als ich nach einem psychischen Anlass dafür forschte, und ich bin, ich gestehe es, geneigt, meiner Methode des Hervorrufens versteckter Erinnerungen differential-diagnostische Bedeutung beizulegen, wenn sie sorgfältig gehandhabt wird. Dieser ursprünglich rheumatische[1]) Schmerz wurde nun bei der Kranken zum Erinnerungssymbol für ihre schmerzlichen psychischen Erregungen und zwar, soviel ich sehen kann, aus mehr als einem Grund. Zunächst und hauptsächlich wohl darum, weil er ungefähr gleichzeitig mit jenen Erregungen im Bewusstsein vorhanden war; zweitens weil er mit dem Vorstellungsinhalt jener Zeit in mehrfacher Weise verknüpft war oder verknüpft sein konnte. Er war vielleicht überhaupt nur eine entfernte Folge der Krankenpflege, der verringerten

[1]) vielleicht aber spinal-neurasthenische?

Bewegung und der schlechteren Ernährung, welche das Amt der Pflegerin mit sich brachte. Aber das war der Kranken kaum klar geworden; mehr in Betracht kommt wohl, dass sie ihn in bedeutsamen Momenten der Pflege spüren musste, z. B. wenn sie in der Winterkälte aus dem Bette sprang, um dem Ruf des Vaters zu folgen. Geradezu entscheidend für die Richtung, welche die Conversion nahm, musste aber die andere Weise der associativen Verknüpfung sein, der Umstand, dass durch eine lange Reihe von Tagen eines ihrer schmerzhaften Beine mit dem geschwollenen Bein des Vaters beim Wechsel der Binden in Berührung kam. Die durch diese Berührung ausgezeichnete Stelle des rechten Beines blieb von da an der Herd und Ausgangspunkt der Schmerzen, eine künstliche hysterogene Zone, deren Entstehung sich in diesem Falle klar durchschauen lässt.

Sollte sich jemand über diese associative Verknüpfung zwischen physischem Schmerz und psychischem Affect als eine zu vielfältige und künstliche verwundern, so würde ich antworten, solche Verwunderung sei ebenso unbillig wie jene andere darüber, „dass gerade die Reichsten in der Welt das meiste Geld besitzen“. Wo nicht so reichliche Verknüpfung vorliegt, da bildet sich eben kein hysterisches Symptom, da findet die Conversion keinen Weg; und ich kann versichern, dass das Beispiel des Frl. Elisabeth v. R. in Hinsicht der Determinirung zu den einfacheren gehörte. Ich habe, besonders bei Frau Cäcilie M., die verschlungensten Knoten dieser Art zu lösen gehabt.

Wie sich über diese Schmerzen die Astasie-Abasie unserer Kranken aufbaute, nachdem einmal der Conversion ein bestimmter Weg geöffnet war, diess habe ich schon in der Krankengeschichte erörtert. Ich habe aber dort auch die Behauptung vertreten, dass die Kranke die Functionsstörung durch Symbolisirung geschaffen oder gesteigert, dass sie für ihre Unselbständigkeit, ihre Ohnmacht, etwas an den Verhältnissen zu ändern, einen somatischen Ausdruck fand in der Abasie-Astasie, und dass die Redensarten: Nicht von der Stelle kommen, keinen Anhalt haben udgl. die Brücke für diesen neuen Act der Conversion bildeten. Ich werde mich bemühen, diese Auffassung durch andere Beispiele zu stützen.

Die Conversion auf Grund von Gleichzeitigkeit bei sonst vorhandener associativer Verknüpfung scheint an die hysterische Disposition die geringsten Ansprüche zu stellen; die Conversion durch Symbolisirung hingegen eines höheren Grades von hysterischer Modification zu bedürfen, wie sie auch bei Frl. Elisabeth erst im späteren Stadium

ihrer Hysterie nachweisbar ist. Die schönsten Beispiele von Symbolisirung habe ich bei Frau Cäcilie M. beobachtet, die ich meinen schwersten und lehrreichsten Fall von Hysterie nennen darf. Ich habe bereits angedeutet, dass sich diese Krankengeschichte leider einer ausführlichen Wiedergabe entzieht.

Frau Cäcilie litt unter anderen Dingen an einer überaus heftigen Gesichtsneuralgie, die 2—3mal im Jahr plötzlich auftrat, 5—10 Tage anhielt, jeder Therapie trotzte und dann wie abgeschnitten aufhörte. Sie beschränkte sich auf den zweiten und dritten Ast des einen Trigeminus, und da Uraturie zweifellos war, und ein nicht ganz klarer „Rheumatismus acutus" in der Geschichte der Kranken eine gewisse Rolle spielte, lag die Auffassung einer gichtischen Neuralgie nahe genug. Diese Auffassung wurde auch von den Consiliarärzten, die jeden Anfall zu sehen bekamen, getheilt; die Neuralgie sollte mit den gebräuchlichen Methoden: elektrische Pinselung, alkalische Wässer, Abführmittel, behandelt werden, blieb aber jedesmal unbeeinflusst, bis es ihr beliebte, einem anderen Symptom den Platz zu räumen. In früheren Jahren — die Neuralgie war 15 Jahre alt — waren die Zähne beschuldigt worden, diese Neuralgie zu unterhalten; sie wurden zur Extraction verurtheilt, und eines schönes Tages wurde in der Narkose die Execution an 7 der Missethäter vollzogen. Das gieng nicht so leicht ab; die Zähne sassen so fest, dass von den meisten die Wurzeln zurückgelassen werden mussten. Erfolg hatte diese grausame Operation keinen, weder zeitweiligen noch dauernden. Die Neuralgie tobte damals Monate lang. Auch zur Zeit meiner Behandlung wurde bei jeder Neuralgie der Zahnarzt geholt; er erklärte jedesmal kranke Wurzeln zu finden, begann sich an die Arbeit zu machen, wurde aber gewöhnlich bald unterbrochen, denn die Neuralgie hörte plötzlich auf und mit ihr das Verlangen nach dem Zahnarzt. In den Intervallen thaten die Zähne gar nicht weh. Eines Tages, als gerade wieder ein Anfall wüthete, wurde ich von der Kranken zur hypnotischen Behandlung veranlasst, ich legte auf die Schmerzen ein sehr energisches Verbot, und sie hörten von diesem Moment an auf. Ich begann damals, Zweifel an der Echtheit dieser Neuralgie zu nähren.

Etwa ein Jahr nach diesem hypnotischen Heilerfolg nahm der Krankheitszustand der Frau Cäcilie eine neue und überraschende Wendung. Es kamen plötzlich andere Zustände, als sie den letzten Jahren eigen gewesen waren, aber die Kranke erklärte nach einigem Besinnen, dass alle diese Zustände bei ihr früher einmal dagewesen

wären und zwar über den langen Zeitraum ihrer Krankheit (30 Jahre) verstreut. Es wickelte sich nun wirklich eine überraschende Fülle von hysterischen Zufällen ab, welche die Kranke an ihre richtige Stelle in der Vergangenheit zu localisiren vermochte, und bald wurden auch die oft sehr verschlungenen Gedankenverbindungen kenntlich, welche die Reihenfolge dieser Zufälle bestimmten. Es war wie eine Reihe von Bildern mit erläuterndem Text. Pitres muss mit der Aufstellung seines Délire ecmnésique etwas Derartiges im Auge gehabt haben. Die Art, wie ein solcher der Vergangenheit angehöriger hysterischer Zustand reproducirt wurde, war höchst merkwürdig. Es tauchte zuerst im besten Befinden der Kranken eine pathologische Stimmung besonderer Färbung auf, welche von der Kranken regelmässig verkannt und auf ein banales Ereigniss der letzten Stunden bezogen wurde; dann folgten unter zunehmender Trübung des Bewusstseins hysterische Symptome: Hallucinationen, Schmerzen, Krämpfe, lange Declamationen, und endlich schloss sich an diese das hallucinatorische Auftauchen eines Erlebnisses aus der Vergangenheit, welches die initiale Stimmung erklären und die jeweiligen Symptome determiniren konnte. Mit diesem letzten Stück des Anfalles war die Klarheit wieder da, die Beschwerden verschwanden wie durch Zauber, und es herrschte wieder Wohlbefinden — bis zum nächsten Anfall, einen halben Tag später. Gewöhnlich wurde ich auf der Höhe des Zustandes geholt, leitete die Hypnose ein, rief die Reproduction des traumatischen Erlebnisses hervor und bereitete dem Anfall durch Kunsthilfe ein früheres Ende. Indem ich mehrere hunderte solcher Cyclen mit der Kranken durchmachte, erhielt ich die lehrreichsten Aufschlüsse über Determinirung hysterischer Symptome. Auch war die Beobachtung dieses merkwürdigen Falles in Gemeinschaft mit Breuer der nächste Anlass zur Veröffentlichung unserer „vorläufigen Mittheilung“.

In diesem Zusammenhang kam es endlich auch zur Reproduction der Gesichtsneuralgie, die ich als actuellen Anfall noch selbst behandelt hatte. Ich war neugierig, ob sich eine psychische Verursachung hier ergeben würde. Als ich die traumatische Scene hervorzurufen versuchte, sah sich die Kranke in eine Zeit grosser seelischer Empfindlichkeit gegen ihren Mann versetzt, erzählte von einem Gespräch, das sie mit ihm geführt, von einer Bemerkung seinerseits, die sie als schwere Kränkung aufgefasst; dann fasste sie sich plötzlich an die Wange, schrie vor Schmerz laut auf und sagte: Das war mir wie ein Schlag in's Gesicht. — Damit war aber auch Schmerz und Anfall zu Ende.

Kein Zweifel, dass es sich hier um eine Symbolisirung gehandelt hatte; sie hatte gefühlt, als ob sie den Schlag in's Gesicht wirklich bekommen hätte. Nun wird jedermann die Frage aufwerfen, wieso wohl die Empfindung eines „Schlages in's Gesicht" zu den Aeusserlichkeiten einer Trigeminusneuralgie, zur Beschränkung auf den 2. und 3. Ast, zur Steigerung beim Mundöffnen und Kauen (nicht beim Reden!) gelangt sein mag.

Am nächsten Tag war die Neuralgie wieder da, nur liess sie sich diesmal durch die Reproduction einer anderen Scene lösen, deren Inhalt gleichfalls eine vermeintliche Beleidigung war. So ging es neun Tage lang fort; es schien sich zu ergeben, dass Jahre hindurch Kränkungen, insbesondere durch Worte, auf dem Wege der Symbolisirung neue Anfälle dieser Gesichtsneuralgie hervorgerufen hatten.

Endlich gelang es aber, auch zum ersten Anfall von Neuralgie (vor mehr als 15 Jahren) vorzudringen. Hier fand sich keine Symbolisirung, sondern eine Conversion durch Gleichzeitigkeit; es war ein schmerzlicher Anblick, bei dem ihr ein Vorwurf auftauchte, welcher sie veranlasste, eine andere Gedankenreihe zurückdrängen. Es war also ein Fall von Conflict und Abwehr; die Entstehung der Neuralgie in diesem Momente nicht weiter erklärlich, wenn man nicht annehmen wollte, dass sie damals an leichten Zahn- oder Gesichtsschmerzen gelitten, und dies war nicht unwahrscheinlich, denn sie hatte sich gerade in den ersten Monaten der ersten Gravidität befunden.

So ergab sich also als Aufklärung, dass diese Neuralgie auf dem gewöhnlichen Wege der Conversion zum Merkzeichen einer bestimmten psychischen Erregung geworden war, dass sie aber in der Folge durch associative Ankläge aus dem Gedankenleben, durch symbolisirende Conversion geweckt werden konnte; eigentlich dasselbe Verhalten, das wir bei Frl. Elisabeth von R . . . gefunden haben.

Ich will ein zweites Beispiel anführen, welches die Wirksamkeit der Symbolisirung unter anderen Bedingungen anschaulich machen kann: Zu einer gewissen Zeit plagte Frau Cäcilie ein heftiger Schmerz in der rechten Ferse Stiche bei jedem Schritt, die das Gehen unmöglich machten. Die Analyse führte uns dabei auf eine Zeit, in welcher sich die Patientin in einer ausländischen Heilanstalt befunden hatte. Sie war 8 Tage lang in ihrem Zimmer gelegen, sollte dann vom Hausarzt das erste Mal zur gemeinsamen Tafel abgeholt werden. Der Schmerz war in dem Moment entstanden, als die Kranke seinen Arm nahm, um

das Zimmer zu verlassen; er schwand während der Reproduction dieser Scene, als die Kranke den Satz aussprach: Damals habe sie die Furcht beherrscht, ob sie auch das „rechte Auftreten“ in der fremden Gesellschaft treffen werde!

Diess scheint nun ein schlagendes, beinahe komisches Beispiel von Entstehung hysterischer Symptome durch Symbolisirung vermittelst des sprachlichen Ausdrucks. Allein ein näheres Eingehen auf die Umstände jenes Momentes bevorzugt eine andere Auffassung. Die Kranke litt zu jener Zeit überhaupt an Fusschmerzen, sie war wegen Fusschmerzen so lange zu Bette geblieben; und es kann nur zugegeben werden, dass die Furcht, von der sie bei den ersten Schritten befallen wurde, aus den gleichzeitig vorhandenen Schmerzen den einen, symbolisch passenden, in der rechten Ferse hervorsuchte, um ihn zu einer psychischen Algie auszubilden und ihm zu einer besonderen Fortdauer zu verhelfen.

Erscheint in diesen Beispielen der Mechanismus der Symbolisirung in den zweiten Rang gedrängt, was sicherlich der Regel entspricht, so verfüge ich doch auch über Beispiele, welche die Entstehung hysterischer Symptome durch blosse Symbolisirung zu beweisen scheinen. Eines der schönsten ist folgendes, es bezieht sich wiederum auf Frau Cäcilie. Sie lag als 15jähriges Mädchen im Bette, bewacht von ihrer gestrengen Grossmama. Plötzlich schrie das Kind auf, sie hatte einen bohrenden Schmerz in der Stirne zwischen den Augen bekommen, der dann Wochen lange anhielt. Bei der Analyse dieses Schmerzes, der sich nach fast 30 Jahren reproducirte, gab sie an, die Grossmama habe sie so „durchdringend“ angeschaut, dass ihr der Blick tief in's Gehirn gedrungen wäre. Sie fürchtete nämlich, von der alten Frau misstrauisch betrachtet worden zu sein. Bei der Mittheilung dieses Gedankens brach sie in ein lautes Lachen aus, und der Schmerz war wieder zu Ende. Hier finde ich nichts anderes als den Mechanismus der Symbolisirung, der zwischen dem Mechanismus der Autosuggestion und dem der Conversion gewissermaassen die Mitte hält.

Die Beobachtung der Frau Cäcilie M . . . hat mir Gelegenheit gegeben, geradezu eine Sammlung derartiger Symbolisirungen anzulegen. Eine ganze Reihe von körperlichen Sensationen, die sonst als organisch vermittelt angesehen werden, hatte bei ihr psychischen Ursprung oder war wenigstens mit einer psychischen Deutung versehen. Eine gewisse Reihe von Erlebnissen war bei ihr von der Empfindung eines Stiches

in der Herzgegend begleitet. („Es hat mir einen Stich in's Herz gegeben"). Der nagelförmige Kopfschmerz dei Hysterie war bei ihr unzweifelhaft als Denkschmerz aufzulösen. („Es steckt mir etwas im Kopf"); er löste sich auch jedesmal, wenn das betreffende Problem gelöst war. Der Empfindung der hysterischen Aura im Halse ging der Gedanke parallel: Das muss ich herunterschlucken, wenn diese Empfindung bei einer Kränkung auftrat. Es war eine ganze Reihe von parallel laufenden Sensationen und Vorstellungen, in welcher bald die Sensation die Vorstellung als Deutung erweckt, bald die Vorstellung durch Symbolisirung die Sensation geschaffen hatte, und nicht selten musste es zweifelhaft bleiben, welches der beiden Elemente das primäre gewesen war.

Ich habe bei keiner anderen Patientin mehr eine so ausgiebige Verwendung der Symbolisirung auffinden können. Freilich war Frau Cäcilie M. eine Person von ganz ungewöhnlicher, insbesondere künstlerischer Begabung, deren hochentwickelter Sinn für Form sich in vollendet schönen Gedichten kundgab. Ich behaupte aber, es liegt weniger Individuelles und Willkürliches, als man meinen sollte, darin, wenn die Hysterica der affectbetonten Vorstellung durch Symbolisirung einen somatischen Ausdruck schafft. Indem sie den sprachlichen Ausdruck wörtlich nimmt, den „Stich ins Herz" oder den „Schlag in's Gesicht" bei einer verletzenden Anrede wie eine reale Begebenheit empfindet, übt sie keinen witzigen Missbrauch, sondern belebt nur die Empfindungen von Neuem, denen der sprachliche Ausdruck seine Berechtigung verdankt. Wie kämen wir denn dazu, von dem Gekränkten zu sagen, „es hat ihm einen Stich in's Herz gegeben", wenn nicht thatsächlich die Kränkung von einer derartig zu deutenden Präcordialempfindung begleitet und an ihr kenntlich wäre? Wie wahrscheinlich ist es nicht, dass die Redensart „etwas herunterschlucken", die man auf unerwiderte Beleidigung anwendet, thatsächlich von den Innervationsempfindungen herrührt, die im Schlunde auftreten, wenn man sich die Rede versagt, sich an der Reaction auf Beleidigung hindert? All diese Sensationen und Innervationen gehören dem „Ausdruck der Gemüthsbewegungen" an, der, wie uns Darwin gelehrt hat, aus ursprünglich sinnvollen und zweckmässigen Leistungen besteht; sie mögen gegenwärtig zumeist so weit abgeschwächt sein, dass ihr sprachlicher Ausdruck uns als bildliche Uebertragung erscheint, allein sehr wahrscheinlich war das alles einmal wörtlich gemeint, und die Hysterie thut Recht daran, wenn sie für ihre stärkeren Innervationen den

ursprünglichen Wortsinn wieder herstellt. Ja, vielleicht ist es Unrecht zu sagen, sie schaffe sich solche Sensationen durch Symbolisirung; sie hat vielleicht den Sprachgebrauch gar nicht zum Vorbild genommen, sondern schöpft mit ihm aus gemeinsamer Quelle.[1]

[1] In Zuständen tiefer gehender psychischer Veränderung kommt offenbar auch eine symbolische Ausprägung des mehr artificiellen Sprachgebrauches in sinnlichen Bildern und Sensationen vor. Frau Cäcilie M. hatte eine Zeit, in welcher sich ihr jeder Gedanke in eine Hallucination umsetzte, deren Lösung oft viel Witz erforderte. Sie klagte mir damals, sie werde durch die Hallucination belästigt, dass ihre beiden Aerzte — Breuer und ich — im Garten an zwei nahen Bäumen aufgehängt wären. Die Hallucination verschwand, nachdem die Analyse folgenden Hergang aufgedeckt hatte: Abends vorher war sie von Breuer mit der Bitte um ein bestimmtes Medikament abwiesen worden, sie setzte dann ihre Hoffnung auf mich, fand mich aber ebenso hartherzig. Sie zürnte uns darüber und dachte in ihrem Affect: Die Zwei sind einander werth, der Eine ist das Pendant zum Anderen!

III. Theoretisches.

(J. Breuer.)

In der „Vorläufigen Mittheilung", welche diese Studien einleitet, haben wir die Anschauungen dargelegt, zu denen wir durch unsere Beobachtungen geführt wurden; und ich glaube in der Hauptsache an ihnen festhalten zu dürfen. Die „Vorläufige Mittheilung" ist aber so kurz und so knapp, dass darin grossentheils nur angedeutet werden konnte, was wir meinen. Es sei darum gestattet, nun, da die Krankengeschichten Belege für unsere Anschauungen erbracht haben, diese ausführlicher darzulegen. Natürlich soll und kann auch hier nicht „das Ganze der Hysterie" abgehandelt werden: aber es sollen diejenigen Punkte, welche in der „Vorläufigen Mittheilung" ungenügend begründet und zu schwach hervorgehoben wurden, eine etwas eingehendere, deutlichere, wohl auch einschränkende Besprechung erfahren.

In diesen Erörterungen wird wenig vom Gehirn und gar nicht von den Molecülen die Rede sein. Psychische Vorgänge sollen in der Sprache der Psychologie behandelt werden, ja es kann eigentlich gar nicht anders geschehen. Wenn wir statt „Vorstellung" „Rindenerregung" sagen wollten, so würde der letztere Ausdruck nur dadurch einen Sinn für uns haben, dass wir in der Verkleidung den guten Bekannten erkennen und die „Vorstellung" stillschweigend wieder restituiren. Denn während Vorstellungen fortwährend Gegenstände unserer Erfahrung und uns in all' ihren Nuancen wohlbekannt sind, ist „Rindenerregung" für uns mehr ein Postulat, ein Gegenstand künftiger, erhoffter Erkenntniss. Jener Ersatz der Termini scheint eine zwecklose Maskerade.

So möge der fast ausschliessliche Gebrauch psychologischer Terminologie vergeben werden.

Noch für Anderes muss ich im vorhinein um Nachsicht bitten. Wenn eine Wissenschaft rasch vorwärts schreitet, werden Gedanken, die zuerst von Einzelnen ausgesprochen wurden, alsbald Gemeingut. So kann Niemand, der heute seine Anschauungen über Hysterie und ihre psychische Grundlage darzulegen versucht, es vermeiden, dass er eine Menge Gedanken Anderer ausspreche und wiederhole, die eben aus dem Individualbesitz in den Gemeinbesitz übergehen. Es ist

kaum möglich, von ihnen immer zu constatiren, wer sie zuerst ausgesprochen hat, und auch die Gefahr liegt nahe, dass man für eigenes Product hält, was von andern schon gesagt worden ist. So möge es entschuldigt werden, wenn hier wenig Citate gebracht werden und zwischen Eigenem und Fremdem nicht streng unterschieden wird. Auf Originalität macht das Wenigste von dem Anspruch, was auf den folgenden Seiten dargelegt werden soll.

I. Sind alle hysterischen Phänomene ideogen?

Wir sprachen in der „Vorläufigen Mittheilung" über den psychischen Mechanismus „hysterischer Phänomene"; nicht „der Hysterie", weil wir für denselben, und für die psychische Theorie der hysterischen Symptome überhaupt, uneingeschränkte Geltung nicht beanspruchen wollten. Wir glauben nicht, dass alle Erscheinungen der Hysterie auf die von uns dargelegte Weise zu Stande kommen, und auch nicht, dass alle ideogen, d. h. durch Vorstellungen bedingt seien. Wir differiren darin von Möbius,[1] der 1888 die Definition vorschlug: „Hysterisch sind alle diejenigen krankhaften Erscheinungen, die durch Vorstellungen verursacht sind." Später wurde dieser Satz dahin erläutert, dass nur ein Theil der krankhaften Phänomene den verursachenden Vorstellungen inhaltlich entspreche, nämlich die durch Fremd- oder Auto-Suggestion erzeugten; z. B. wenn die Vorstellung, den Arm nicht bewegen zu können, eine Lähmung desselben bedinge. Ein anderer Theil der hysterischen Phänomene sei zwar durch Vorstellungen verursacht, entspreche ihnen aber inhaltlich nicht; z. B. wenn in einer unserer Beobachtungen die Lähmung des Armes durch den Anblick von schlangenähnlichen Gegenständen erzeugt wird.

Möbius will mit dieser Definition nicht etwa eine Veränderung der Nomenclatur befürworten, so dass fortan nur die durch Vorstellungen bedingten, ideogenen krankhaften Phänomene hysterisch zu nennen wären; sondern er meint, dass alle hysterischen Krankheitserscheinungen ideogen seien. „Weil sehr oft Vorstellungen Ursache der hysterischen Erscheinungen sind, glauben wir, dass sie es immer seien." Er nennt dies einen Analogieschluss; ich möchte es eher eine Generalisation nennen, deren Berechtigung erst untersucht werden muss.

Offenbar muss vor jeder Discussion festgestellt werden, was man unter Hysterie versteht. Ich halte Hysterie für ein empirisch gefundenes, der Beobachtung entstammendes Krankheitsbild, gerade so wie die tubercu-

[1] Möbius, Über den Begriff der Hysterie. Wiederabgedruckt in „Neurologische Beiträge", I. Heft. 1894.

löse Lungenphthise. Solche empirisch gewonnene Krankheitsbilder werden durch den Fortschritt unserer Erkenntniss geläutert, vertieft, erklärt; sie sollen und können dadurch aber nicht zerstört werden. Die ätiologische Forschung hat gezeigt, dass die verschiedenen Theilprocesse der Lungenphthise durch verschiedene Krankheitsursachen bedingt sind; der Tuberkel durch den Bacillus Kochii, der Gewebszerfall, die Cavernenbildung, das septische Fieber durch andere Mikroben. Trotzdem bleibt die tuberculöse Phthise eine klinische Einheit, und es wäre unrichtig, sie dadurch zu zerstören, dass man nur die „specifisch tuberculösen", durch den Bacillus Koch's bedingten Gewebsveränderungen ihr zuschreiben, die anderen von ihr loslösen wollte. — Ebenso muss die klinische Einheit der Hysterie erhalten bleiben, auch wenn sich herausstellt, dass ihre Phänomene durch verschiedene Ursachen bedingt sind, die einen durch einen psychischen Mechanismus, die anderen ohne solchen zustande kommen.

Das ist nun meiner Ueberzeugung nach wirklich der Fall. Nur ein Theil der hysterischen Phänomene ist ideogen, und die Annahme der Möbius'schen Definition reisst die klinische Einheit der Hysterie, ja auch die Einheit eines und desselben Symptoms bei einem und demselben Kranken mitten entzwei.

Es wäre ein dem Analogieschluss Möbius' ganz analoger Schluss: „Weil sehr oft Vorstellungen und Wahrnehmungen die Erection hervorrufen, nehmen wir an, dass sie allein es immer thun, und dass auch die peripheren Reize erst auf dem Umwege über die Psyche jenen vasomotorischen Vorgang auslösen." Wir wissen, dass das ein Irrthum wäre, und doch lägen diesem Schluss gewiss so viele Thatsachen zu Grunde wie dem Satz Möbius' betreffs der Hysterie. In Analogie mit einer grossen Zahl physiologischer Vorgänge, wie Speichel- und Thränensecretion, Veränderung der Herzaction u. dgl. ist als möglich und wahrscheinlich anzunehmen, dass derselbe Vorgang sowohl durch Vorstellungen als durch periphere oder andere, aber nicht psychische Reize ausgelöst werden kann. Das Gegentheil ist zu beweisen, und dazu fehlt noch sehr viel. Ja es scheint sicher, dass viele der hysterisch genannten Phänomene nicht allein durch Vorstellungen verursacht werden.

Betrachten wir einen ganz alltäglichen Fall. Eine Frau bekommt bei jedem Affect an Hals, Brust und Gesicht ein erst fleckiges, dann confluirendes Erythem. Dies ist durch Vorstellungen bedingt und also nach Möbius ein hysterisches Phänomen. Dasselbe Erythem tritt aber, wenn auch in geringerer Ausbreitung bei Hautreiz auf, bei Berührung

u. dgl. Dies wäre nun nicht hysterisch. So wäre ein, sicherlich völlig einheitliches Phänomen einmal der Hysterie zugehörig und ein andermal nicht. Man kann ja zweifeln, ob man dieses, den Erethismus der Vasomotoren, überhaupt zu den specifisch hysterischen Erscheinungen rechnen soll, oder ob man es nicht besser dem einfachen „Nervosismus" zuzählt. Aber nach Möbius müsste jene Zerfällung eines einheitlichen Vorgangs jedenfalls geschehen, und das affectiv bedingte Erythem allein hysterisch genannt werden.

Ganz ebenso verhält es sich bei den praktisch so wichtigen hysterischen Algien. Gewiss sind diese häufig direct durch Vorstellungen bedingt; es sind „Schmerzhallucinationen". Untersuchen wir diese etwas genauer, so zeigt sich, dass zu ihrem Entstehen grosse Lebhaftigkeit der Vorstellung nicht genügt, sondern dass ein besonderer abnormer Zustand der schmerzleitenden und empfindenden Apparate nothwendig ist, wie zum Entstehen des affectiven Erythems die abnorme Erregbarkeit der Vasomotoren. Das Wort „Schmerzhallucination" bezeichnet gewiss das Wesen dieser Neuralgie auf's prägnanteste, zwingt uns aber auch, die Anschauungen auf sie zu übertragen, die wir uns bezüglich der Hallucination im Allgemeinen gebildet haben. Diese eingehend zu discutiren, ist hier nicht am Platze. Ich bekenne mich zu der Meinung, die „Vorstellung", das Erinnerungsbild, allein, ohne Erregung des Perceptionsapparates, erlange selbst in seiner grössten Lebhaftigkeit und Intensität nie den Charakter objectiver Existenz, der die Hallucination ausmacht.[1])

Das gilt schon von den Sinneshallucinationen und noch mehr von den Schmerzhallucinationen. Denn es scheint dem Gesunden nicht möglich zu sein, der Erinnerung an einen körperlichen Schmerz auch

[1] Dieser Perceptionsapparat, einschliesslich der corticalen Sinnessphären, muss verschieden sein von dem Organ, welches Sinneseindrücke als Erinnerungsbilder aufbewahrt und reproducirt. Denn die Grundbedingung der Function des Wahrnehmungsapparates ist die rascheste restitutio in statum quo ante; sonst könnte keine richtige weitere Perception stattfinden. Die Bedingung des Gedächtnisses hingegen ist, dass eine solche Restitution nicht statt hat, sondern dass jede Wahrnehmung bleibende Veränderungen schafft. Unmöglich kann ein und dasselbe Organ beiden widersprechenden Bedingungen genügen; der Spiegel eines Reflexions-Teleskops kann nicht zugleich photographische Platte sein. In diesem Sinne, dass die Erregung des Perceptionsapparates — nicht in der bestimmten Aussage, dass die Erregung der subcorticalen Centren — der Hallucination den Charakter des Objectiven gebe, stimme ich Meynert bei. Soll aber durch das Erinnerungsbild das Perceptionsorgan erregt werden, so müssen wir eine gegen die Norm abgeänderte Erregbarkeit desselben annehmen, die eben die Hallucination möglich macht.

nur jene Lebhaftigkeit, jene entfernte Annäherung an die wirkliche Empfindung zu verschaffen, welche doch bei optischen und acustischen Erinnerungsbildern erreicht werden kann. Selbst in dem normalen hallucinatorischen Zustand des Gesunden, im Schlafe, werden, wie ich glaube, niemals Schmerzen geträumt, wenn nicht eine reale Schmerzempfindung vorhanden ist. Die „rückläufige“, von dem Organ des Gedächtnisses ausgehende Erregung des Perceptionsapparates durch Vorstellungen ist also de norma für Schmerz noch schwieriger als für Gesichts- und Gehörsempfindungen. Treten bei Hysterie mit solcher Leichtigkeit Schmerzhallucinationen auf, so müssen wir eine anomale Erregbarkeit des schmerzempfindenden Apparates statuiren.

Diese tritt nun nicht bloss durch Vorstellungen, sondern auch durch periphere Reize angeregt in die Erscheinung, ganz wie der früher betrachtete Erethismus der Vasomotoren.

Wir beobachten täglich, dass beim nervös normalen Menschen periphere Schmerzen von pathologischen, aber selbst nicht schmerzhaften Vorgängen in andern Organen bedingt werden; so der Kopfschmerz von relativ unbedeutenden Veränderungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen; Neuralgien der Intercostal- und Brachialnerven vom Herzen aus, u. dgl. m. Besteht bei einem Kranken jene abnorme Erregbarkeit, welche wir als Bedingung der Schmerzhallucination annehmen mussten, so steht sie, sozusagen, auch den eben erwähnten Irradiationen zur Verfügung. Die auch bei nicht Nervösen vorkommenden werden intensiver, und es bilden sich solche Irradiationen, die wir zwar nur bei Nervenkranken finden, die aber doch auf demselben Mechanismus begründet sind wie jene. So, glaube ich, hängt die Ovarie von den Zuständen des Genitalapparates ab. Dass sie psychisch vermittelt sei, müsste bewiesen werden, und das ist dadurch nicht geschehen, dass man diesen Schmerz, wie jeden anderen, als Hallucination in der Hypnose erzeugen, oder dass die Ovarie auch psychischen Ursprungs sein kann. Sie entsteht eben wie das Erythem, oder wie eine der normalen Secretionen sowohl aus psychischen als aus rein somatischen Ursachen. Sollen wir nun nur die erstere Art hysterisch nennen? jene, von der wir den psychischen Ursprung kennen? Dann müssten wir eigentlich die gewöhnlich beobachtete Ovarie aus dem hysterischen Symptomcomplexe ausscheiden, was doch kaum angeht.

Wenn nach einem leichten Trauma eines Gelenkes allmählich eine schwere Gelenksneurose sich entwickelt, so ist in diesem Vorgang gewiss ein psychisches Element: die Concentration der Aufmerksamkeit

auf den verletzten Theil, welche die Erregbarkeit der betreffenden Nervenbahnen steigert; aber man kann das kaum so ausdrücken, dass die Hyperalgie durch Vorstellungen bedingt sei.

Nicht anders steht es mit der pathologischen Herabsetzung der Empfindung. Es ist durchaus unerwiesen und unwahrscheinlich, dass die allgemeine Analgesie oder dass die Analgesie einzelner Körpertheile ohne Anästhesie, durch Vorstellungen verursacht sei. Und wenn sich auch die Entdeckung Binet's und Janet's vollständig bestätigen sollte, dass die Hemianästhesie durch einen eigenthümlichen psychischen Zustand bedingt sei, durch die Spaltung der Psyche, so wäre das zwar ein psychogenes, aber kein ideogenes Phänomen und wäre darum nach Möbius nicht hysterisch zu nennen.

Können wir so von einer grossen Zahl charakteristischer hysterischer Phänomene nicht annehmen, dass sie ideogen seien, so scheint es richtig, den Satz von Möbius zu reduciren. Wir sagen nicht: „Jene krankhaften Erscheinungen sind hysterisch, welche durch Vorstellungen veranlasst sind"; sondern nur: Sehr viele der hysterischen Phänomene, wahrscheinlich mehr, als wir heute wissen, sind ideogen. Die gemeinschaftliche, fundamentale krankhafte Veränderung aber, welche sowohl den Vorstellungen als auch nicht psychologischen Reizen ermöglicht, pathogen zu wirken, ist eine anomale Erregbarkeit des Nervensystems.[1] Inwieweit diese selbst psychischen Ursprungs ist, das ist eine weitere Frage.

Wenn also nur ein Theil der hysterischen Phänomene ideogen sein dürfte, so sind es doch gerade diese, welche man die specifisch hysterischen nennen darf, und ihre Erforschung, die Aufdeckung ihres psychischen Ursprungs macht den wesentlichsten neueren Fortschritt in der Theorie der Krankheit aus. Es stellt sich nun die weitere Frage: wie kommen sie zu Stande, welches ist der „psychische Mechanismus" dieser Phänomene?

Dieser Frage gegenüber verhalten sich die beiden von Möbius unterschiedenen Gruppen ideogener Symptome wesentlich verschieden. Diejenigen, bei denen das Krankheitsphänomen der erregenden Vorstellung inhaltlich entspricht, sind relativ verständlich und durch-

---

[1] Oppenheim's „Labilität der Molecüle". Vielleicht wird es später möglich sein, den obigen sehr vagen Ausdruck durch eine präcisere und inhaltsreichere Formel zu ersetzen.

sichtig. Wenn die Vorstellung einer gehörten Stimme dieselbe nicht bloss wie beim Gesunden im „inneren Hören" leise anklingen, sondern als wirkliche objective Gehörsempfindung hallucinatorisch wahrnehmen lässt, so entspricht das bekannten Phänomenen des gesunden Lebens (Traum) und ist unter der Annahme abnormer Erregbarkeit wohl verständlich. Wir wissen, dass es bei jeder willkürlichen Bewegung die Vorstellung des zu erreichenden Resultates ist, welche die entsprechende Muskelcontraction auslöst; es ist nicht ganz unverständlich, dass die Vorstellung, diese sei unmöglich, die Bewegung verhindert. (Suggestive Lähmung.)

Anders verhält es sich mit jenen Phänomenen, die keinen logischen Zusammenhang mit der veranlassenden Vorstellung haben. (Auch für sie bietet das normale Leben Analogien, wie z. B. das Schamerröthen u. dgl.) Wie kommen diese zustande, warum löst beim kranken Menschen eine Vorstellung gerade die eine, ganz irrationale, ihr gar nicht entsprechende Bewegung oder Hallucination aus?

Wir glaubten in der „Vorläufigen Mittheilung" über diesen causalen Zusammenhang einiges auf Grund unserer Beobachtungen aussagen zu können. Wir haben aber in unserer Darlegung den Begriff „der Erregung, welche abströmt oder abreagirt werden muss", ohne weiteres eingeführt und benützt. Dieser Begriff, für unser Thema und für die Lehre von den Neurosen überhaupt von fundamentaler Wichtigkeit, scheint aber eine eingehendere Untersuchung zu verlangen und zu verdienen. Bevor ich zu dieser schreite, muss ich es entschuldigen, dass hier auf die Grundprobleme des Nervensystems zurückgegriffen wird. Solches „Hinuntersteigen zu den Müttern" hat immer etwas Beklemmendes; aber der Versuch, die Wurzel einer Erscheinung aufzugraben, führt eben unvermeidlich immer auf die Grundprobleme, denen man nicht ausweichen kann. Möge darum die Abstrusität der folgenden Betrachtungen nachsichtig beurtheilt werden!

II. Die intracerebrale tonische Erregung. — Die Affecte.

A. Wir kennen zwei extreme Zustände des Centralnervensystems, traumlosen Schlaf und helles Wachen. Zwischen ihnen bilden Zustände geringerer Helligkeit in allen Abstufungen den Uebergang. Uns interessirt hier nicht die Frage nach dem Zweck und der physischen Begründung des Schlafes (chemische oder vasomotorische Bedingungen), sondern nach dem wesentlichen Unterschiede der beiden Zustände.

Vom tiefsten, traumlosen Schlafe können wir directe nichts aussagen, weil eben durch den Zustand völliger Bewusstlosigkeit jede Beobachtung und Erfahrung ausgeschlossen ist. Von dem benachbarten Zustand des Traumschlafes aber wissen wir, dass wir darin willkürliche Bewegungen intendiren, sprechen, gehen u. s. w., ohne dass dadurch die entsprechenden Muskelcontractionen wirklich ausgelöst würden, wie es im Wachen geschieht; dass sensible Reize vielleicht percipirt werden (da sie oft in den Traum eingehen), aber nicht appercipirt, das heisst, nicht zu bewussten Wahrnehmungen werden; dass auftauchende Vorstellungen nicht, wie im Wachen, alle mit ihnen zusammenhängenden, im potentiellen Bewusstsein vorhandenen Vorstellungen actuell machen, sondern dass grosse Massen hievon unerregt bleiben (wie wenn wir mit einem Verstorbenen sprechen, ohne uns seines Todes zu erinnern); dass auch unvereinbare Vorstellungen zugleich bestehen können, ohne sich wie im Wachen wechselseitig zu hemmen; dass also die Association mangelhaft und unvollständig erfolgt. Wir dürfen wohl annehmen, dass im tiefsten Schlafe diese Aufhebung des Zusammenhanges zwischen den psychischen Elementen eine noch vollständigere, complete ist.

Dem gegenüber löst im hellen Wachen jeder Willensakt die zugehörige Bewegung aus, die sensiblen Eindrücke werden zu Wahrnehmungen, die Vorstellungen associiren sich mit dem ganzen Besitz des potentiellen Bewusstseins. Das Gehirn ist dann eine im vollständigen inneren Zusammenhange arbeitende Einheit.

Es ist vielleicht nur eine Umschreibung dieser Thatsachen, wenn wir sagen, dass im Schlafe die Verbindungs- und Leitungsbahnen des Gehirnes für die Erregung der psychischen Elemente (Rindenzellen?) nicht, im Wachen aber vollständig gangbar sind.

Die Existenz dieser beiden verschiedenen Zustände der Leitungsbahnen wird verständlich wohl nur durch die Annahme, dass sie sich während des Wachens in tonischer Erregung befinden (intercellulärer Tetanus Exner's); dass diese tonische intracerebrale Erregung ihre Leitungsfähigkeit bedingt, und dass ihr Absinken und Schwinden eben den Zustand des Schlafes herstellt.

Wir hätten uns eine cerebrale Leitungsbahn nicht wie einen Telephondraht vorzustellen, der nur dann elektrisch erregt ist, wenn er fungiren, das heisst hier: ein Zeichen übertragen soll; sondern wie eine jener Telephonleitungen, durch welche constant ein galvanischer Strom fliesst, und welche unerregbar werden, wenn dieser schwindet.

— Oder, besser vielleicht, denken wir an eine viel verzweigte elektrische Anlage für Beleuchtung und motorische Kraftübertragung; es wird von dieser gefordert, dass jede Lampe und jede Kraftmaschine durch einfaches Herstellen eines Contactes in Function gesetzt werden könne. Um dies zu ermöglichen, zum Zwecke der Arbeitsbereitschaft, muss auch während functioneller Ruhe in dem ganzen Leitungsnetz eine bestimmte Spannung bestehen, und zu diesem Behufe muss die Dynamomaschine eine bestimmte Menge von Energie aufwenden. — Ebenso besteht ein gewisses Maass von Erregung in den Leitungsbahnen des ruhenden, wachen, aber arbeitsbereiten Gehirnes.[1])

Für diese Vorstellung spricht, dass das Wachen an sich, auch ohne Arbeitsleistung, ermüdet und Schlafbedürfniss erzeugt; es bedingt an sich schon einen Energieverbrauch.

Denken wir uns einen Menschen in gespannter, aber nicht ein einzelnes Sinnesgebiet betreffender Erwartung. Wir haben dann ein ruhendes, aber leistungsbereites Gehirn vor uns. Wir dürfen wohl annehmen, dass in diesem alle Leitungsbahnen auf das Maximum ihrer Leistungsfähigkeit eingestellt, in tonischer Erregung sind. Die Sprache nennt diesen Zustand bezeichnender Weise eben: Spannung. Die Erfahrung lehrt, wie anstrengend und ermüdend dieser Zustand ist, in welchem doch keinerlei actuelle motorische oder psychische Arbeit geleistet wurde.

Dies ist ein exceptioneller Zustand, der eben des grossen Energieverbrauchs halber nicht lange ertragen wird. Aber auch der normale Zustand des hellen Wachens bedingt ein innerhalb nicht allzuweiter

[1] Es sei erlaubt, hier in Kürze die Vorstellung anzudeuten, welche der obigen Ausführung zu Grunde liegt. Wir denken uns gewöhnlich die sensiblen und sensorischen Nervenzellen als passive Aufnahmsapparate; mit Unrecht. Denn schon die Existenz des Associations-Fasersystems beweist, dass auch von ihnen aus Erregung in Nervenfasern strömt. In einer Nervenfaser, welche per continuitatem oder contiguitatem zwei sensorische Zellen verbindet, muss ein Spannungszustand bestehen, wenn von beiden Zellen aus Erregung in sie einströmt. Dieser verhält sich zu der in einer, z. B. peripheren, motorischen Faser abströmenden Erregung wie hydrostatischer Druck zu der lebendigen Kraft strömenden Wassers oder wie elektrische Spannung zum elektrischen Strom. Sind alle Nervenzellen in einem Zustande mittlerer Erregung und erregen ihre nervösen Fortsätze, so bildet das ganze ungeheure Netz ein einheitliches Reservoir von „Nervenspannung". Wir hätten also ausser der potentiellen Energie, welche in dem chemischen Bestande der Zelle ruht und jener uns unbekannten Form kinetischer Energie, welche im Erregungszustande der Faser abläuft, noch einen ruhenden Zustand von Nervenerregung anzunehmen, die tonische Erregung oder Nervenspannung.

Grenzen schwankendes Ausmaass intracerebraler Erregung; all den Abstufungen des Wachens bis zur Schläfrigkeit und zum wirklichen Schlafe entsprechen niedrigere Erregungsgrade.

Wirkliche Arbeitsleistung des Gehirnes bedingt gewiss einen grösseren Energieverbrauch als die blosse Arbeitsbereitschaft; (wie die oben zum Vergleiche angezogene elektrische Anlage eine grössere Menge von elektrischer Energie in die Leitungen einströmen lassen muss, wenn viele Lampen oder Arbeitsmaschinen eingeschaltet werden). Bei normaler Function wird nicht mehr Energie frei, als sogleich in der Thätigkeit verbraucht wird. Das Gehirn verhält sich aber wie eine solche Anlage von begrenzter Leistungsfähigkeit, welche etwa nicht zu gleicher Zeit grosse Mengen von Licht und von mechanischer Arbeit herstellen könnte. Arbeitet die Kraftübertragung, so ist wenig Energie für die Beleuchtung verfügbar und umgekehrt. So sehen wir, dass es uns bei starker Muskelanstrengung unmöglich ist, andauernd nachzudenken, dass die Concentration der Aufmerksamkeit auf ein Sinnesgebiet die Leistungsfähigkeit der andern Hirnorgane absinken macht, dass also das Gehirn mit einer wechselnden, aber begrenzten, Energiemenge arbeitet.

Die ungleichmässige Vertheilung der Energie wird wohl durch die „attentionelle Bahnung" (Exner) bedingt, indem die Leitungsfähigkeit der in Anspruch genommenen Bahnen erhöht wird, die der andern absinkt, und so im arbeitenden Gehirn auch die „intracerebrale tonische Erregung" ungleichmässig vertheilt ist.[1])

Wir erwecken einen Schlafenden, d. h. wir steigern plötzlich das Quantum seiner tonischen intracerebralen Erregung, indem wir einen lebhaften Sinnesreiz auf ihn wirken lassen. Ob dabei Veränderungen in dem cerebralen Blutkreislauf wesentliche Glieder der Causalkette sind, ob die Gefässe primär durch den Reiz erweitert werden, oder ob dies die Folge der Erregung der Hirnelemente ist, das alles ist unentschieden. Sicher ist, dass der durch eine Sinnespforte eindringende Erregungszustand von da aus über das Hirn sich ausbreitet, diffundirt und alle Leitungswege in einen Zustand höherer Bahnung bringt.

---

[1] Die Auffassung der Energie des Centralnervensystems als einer Quantität von schwankender und wechselnder Vertheilung über das Gehirn ist alt. „La sensibilité," sagte Cabanis, „semble se comporter à la manière d'un fluide dont la quantité totale est déterminée et qui, toutes les fois qu'il se jette en plus grande abondance dans un de ses canaux, diminue proportionellement dans les autres." (Cit. nach Janet, Etat mental II, p. 277.)

Wie das spontane Erwachen vor sich geht, ob immer ein und derselbe Gehirntheil zuerst in den Zustand der Wacherregung tritt und diese von ihm aus sich verbreitet, oder ob bald die eine, bald die andere Gruppe von Elementen als Erwecker fungirt, ist wohl noch völlig unklar.

Doch beweist das spontane Erwachen, welches ja auch in voller Ruhe und Finsterniss ohne äussere Reize eintritt, dass die Entwicklung von Energie im Lebensprocess der Hirnelemente selbst begründet ist.

Der Muskel bleibt, ungereizt, ruhig, auch wenn er noch solange geruht und das Maximum von Spannkräften in sich angehäuft hat. Nicht so die Hirnelemente. Wir nehmen wohl mit Recht an, dass diese im Schlafe ihren Bestand restituiren und Spannkräfte sammeln. Ist das bis zu einem gewissen Grade geschehen, sozusagen ein gewisses Niveau erreicht, so strömt der Ueberschuss in die Leitungswege ab, bahnt sie und stellt die intracerebrale Erregung des Wachens her.

Denselben Vorgang können wir in lehrreicher Weise im Wachen beobachten. Wenn das wache Gehirn längere Zeit in Ruhe verbleibt, ohne durch Function Spannkraft in lebendige Energie zu verwandeln, so tritt das Bedürfniss und der Drang nach Bethätigung ein. Lange motorische Ruhe schafft das Bewegungsbedürfniss (zweckloses Herumlaufen der Thiere im Käfig) und ein peinliches Gefühl, wenn dies Bedürfniss nicht befriedigt werden kann. Mangel an Sinnesreizen, Finsterniss, lautlose Stille wird zur Pein; geistige Ruhe, Mangel an Wahrnehmungen, Vorstellungen, an Associationsthätigkeit erzeugen die Qual der Langeweile. Diese Unlustgefühle entsprechen einer „Aufregung“, einer Steigerung der normalen intracerebralen Erregung.

Die vollständig restituirten Hirnelemente machen also auch in der Ruhe ein gewisses Maass von Energie frei, welches, functionell nicht verwertet, die intracerebrale Erregung steigert. Dies erzeugt ein Unlustgefühl. Solche entstehen immer, wenn ein Bedürfniss des Organismus nicht Befriedigung findet. Da die hier besprochenen schwinden, wenn das frei gewordene überschüssige Quantum von Erregung functionell verwendet wird, so schliessen wir, dass diese Wegschaffung des Erregungsüberschusses ein Bedürfniss des Organismus sei, und treffen hier zum erstenmale auf die Thatsache, dass im Organismus die „Tendenz zur Constanterhaltung der intracerebralen Erregung“ (Freud) besteht.

Ein Ueberschuss davon belastet und belästigt, und es entsteht der Trieb ihn zu verbrauchen. Ist ein Verbrauch durch Sinnes- oder Vorstellungsthätigkeit nicht möglich, so strömt der Ueberschuss in zweckloser motorischer Action ab, im Auf- und Abgehen u. dgl., welches wir auch weiterhin als die häufigste Art der Entladung übergrosser Spannungen antreffen werden.

Es ist bekannt, wie gross die individuelle Verschiedenheit in dieser Hinsicht ist; wie sehr sich die lebhaften Menschen von den trägen, torpiden hierin unterscheiden; diejenigen, welche „nicht ruhig sitzen können“, von denen, die „ein angeborenes Talent zum Canapésitzen haben“; die geistig beweglichen von den stumpfen, welche ungemessene Zeiten geistiger Ruhe vertragen. Diese Verschiedenheiten, welche das „geistige Temperament“ der Menschen ausmachen, beruhen gewiss auf tiefen Unterschieden ihres Nervensystems; auf dem Ausmaass, in welchem die functionell ruhenden Hirnelemente Energie frei werden lassen.

Wir sprachen von einer Tendenz des Organismus, die tonische Hirnerregung constant zu erhalten; eine solche ist uns doch nur verständlich, wenn wir einsehen können, welches Bedürfniss durch sie erfüllt wird. Wir begreifen die Tendenz, die mittlere Temperatur des Warmblüters constant zu erhalten, weil wir sie erfahrungsgemäss als ein Optimum für die Function der Organe kennen. Und wir setzen Aehnliches für die Constanz des Wassergehaltes im Blute u. a. m. voraus. Ich glaube, man darf auch von der Höhe der intracerebralen tonischen Erregung annehmen, dass sie ein Optimum habe. Auf diesem Niveau der tonischen Erregung ist das Gehirn zugänglich für alle äusseren Reize, die Reflexe sind gebahnt, aber nur in dem Ausmaass normaler reflectorischer Thätigkeit, der Besitz an Vorstellungen ist der Erweckung und Association zugänglich in jenem gegenseitigen relativen Verhältniss der einzelnen Vorstellungen, welches klarer Besonnenheit entspricht; es ist der Zustand bester Arbeitsbereitschaft. Schon jene gleichmässige Erhöhung der tonischen Erregung, welche die „Erwartung“ ausmacht, verändert die Verhältnisse. Sie macht hyperästhetisch für Sinnesreize, welche alsbald peinlich werden, und erhöht die Reflexerregbarkeit über das Nützliche (Schreckhaftigkeit). Gewiss ist dieser Zustand für manche Situationen und Zwecke nützlich; wenn er aber spontan, ohne solche Vorbedingungen, eintritt, so bessert er unsere Leistungsfähigkeit nicht, sondern schädigt sie. Wir nennen das im gewöhnlichen Leben „nervös sein“. — Bei der weitaus grösseren Zahl

der Formen von Erregungssteigerung handelt es sich aber um ungleichmässige Uebererregung, welche der Leistungsfähigkeit direct abträglich ist. Wir bezeichnen das als „Aufregung“. Es ist nicht unbegreiflich, sondern in Analogie mit andern Regulationen des Organismus, wenn in ihm das Bestreben besteht, das Optimum der Erregung festzuhalten und wieder zu erreichen, nachdem es überschritten worden ist.

Es sei erlaubt, hier nochmals auf den Vergleich mit einer elektrischen Beleuchtungsanlage zurückzugreifen. Auch die Spannung in dem Leitungsnetz einer solchen hat ein Optimum; wird dieses überschritten, so wird leicht die Function geschädigt, indem z. B. die Glühfäden rasch durchbrennen. Von der Schädigung der Anlage selbst durch Störung der Isolation und „kurzen Schluss“ wird später noch die Rede sein.

B. Unsere Sprache, das Resultat der Erfahrung vieler Generationen, unterscheidet mit wundernswerter Feinheit jene Formen und Grade der Erregungssteigerung, welche der geistigen Thätigkeit noch nützlich sind, weil sie die freie Energie aller Hirnfunctionen gleichmässig erhöhen, von jenen, welche dieselben beeinträchtigen, weil sie in ungleichmässiger Weise die psychischen Functionen theils erhöhen, theils hemmen.

Sie nennt die ersteren Anregung, die letzteren Aufregung. Ein interessantes Gespräch, Thee, Kaffee, regen an; ein Streit, eine grössere Dosis Alkohol regen auf. Während die Anregung nur den Trieb nach functioneller Verwertung der gesteigerten Erregung wachruft, sucht sich die Aufregung in mehr weniger heftigen, an's Pathologische streifenden oder wirklich pathologischen Vorgängen zu entladen. Sie macht die psychisch-physische Grundlage der Affecte aus, und von diesen soll im folgenden die Rede sein. Vorher sind aber noch physiologische, endogene Ursachen der Erregungssteigerung flüchtig zu berühren.

Solche sind zunächst die grossen physiologischen Bedürfnisse und Triebe des Organismus, der Sauerstoffhunger, der Nahrungshunger und der Durst. Da sich die Aufregung, welche sie setzen, mit bestimmten Empfindungen und Zielvorstellungen verknüpft, ist sie nicht so rein als Steigerung der Erregung zu beobachten wie die oben besprochene, welche nur der Ruhe der Hirnelemente entspringt. Sie hat immer

ihre besondere Färbung. Aber sie ist unverkennbar in der ängstlichen Aufregung der Dyspnoe, wie in der Unruhe des Hungernden.

Die Erregungssteigerung, welche diesen Quellen entfliesst, ist bedingt durch die chemische Veränderung der Hirnelemente selbst, welche an Sauerstoff oder Spannkräften oder Wasser verarmen; sie fliesst in präformirten motorischen Bahnen ab, welche zur Befriedigung des auslösenden Bedürfnisses führen; die Dyspnoe in den Anstrengungen der Athmung, Hunger und Durst im Aufsuchen und Erringen der Nahrung und des Wassers. Das Princip der Constanz der Erregung tritt dieser Aufregung gegenüber kaum in Wirksamkeit; sind ja doch die Interessen, welchen die Erregungssteigerung hier dient, für den Organismus viel wichtiger als die Wiederherstellung normaler Functionsverhältnisse des Gehirns. Zwar sieht man die Thiere der Menagerie vor der Fütterungsstunde aufgeregt hin und her laufen; aber dies mag wohl als ein Rest der präformirten motorischen Leistung, der Nahrungssuche, gelten, die nun durch die Gefangenschaft zwecklos geworden ist, nicht als ein Mittel, das Nervensystem von der Aufregung zu befreien.

Wenn die chemische Structur des Nervensystems durch anhaltende Zufuhr fremder Stoffe dauernd abgeändert worden ist, so bedingt auch der Mangel an diesen Aufregungszustände: wie der Mangel der normalen Nährstoffe beim Gesunden, die Aufregung der Abstinenz von Narcoticis.

Den Uebergang von diesen endogenen Erregungssteigerungen zu den psychischen Affecten im engeren Sinne bildet die sexuale Erregung und der sexuale Affect. Als erstere, als vage, unbestimmte, ziellose Erregungssteigerung erscheint die Sexualität während der Pubertät. In weiterer Entwicklung bildet sich (normalerweise) eine feste Verbindung dieser endogenen, durch die Function der Geschlechtsdrüsen bedingten Erregungssteigerung mit der Wahrnehmung oder Vorstellung des anderen Geschlechtes; ja bei dem wunderbaren Phänomen des Verliebens in eine einzelne Person mit dieser Individual-Vorstellung. Diese tritt in Besitz der ganzen Quantität von Erregung, welche durch den Sexualtrieb frei gemacht wird; sie wird eine „affective Vorstellung“. Das heisst: bei ihrem Actuellwerden im Bewusstsein löst sie den Erregungszuwachs aus, der eigentlich einer anderen Quelle, den Geschlechtsdrüsen, entstammt.

Der Sexualtrieb ist gewiss die mächtigste Quelle von lange anhaltenden Erregungszuwächsen (und als solche, von Neurosen);

diese Erregungssteigerung ist höchst ungleich über das Nervensystem vertheilt. In ihren höheren Intensitätsgraden ist der Vorstellungsablauf gestört, der relative Wert der Vorstellungen abgeändert, im Orgasmus des Sexualactes erlischt das Denken fast vollständig.

Auch die Wahrnehmung, die psychische Verarbeitung der Sinnesempfindungen leidet; das sonst scheue und vorsichtige Thier wird blind und taub für die Gefahr. Dagegen steigert sich (mindestens beim Männchen) die Intensität des aggressiven Instincts; das friedliche Thier wird gefährlich, bis sich die Erregung in den motorischen Leistungen des Sexualactes entladet.

C. Eine ähnliche Störung des dynamischen Gleichgewichtes im Nervensystem, die ungleichmässige Vertheilung der gesteigerten Erregung macht eben die psychische Seite der Affecte aus.

Weder eine Psychologie noch eine Physiologie der Affecte soll hier versucht werden. Nur ein einzelner für die Pathologie wichtiger Punkt soll Erörterung finden und zwar nur für die ideogenen Affecte, für jene, welche durch Wahrnehmungen und Vorstellungen hervorgerufen werden. (Lange[1] hat mit Recht wieder darauf hingewiesen, dass die Affecte fast ganz ebenso durch toxische Stoffe und, wie die Psychiatrie beweist, primär durch pathologische Veränderungen bedingt werden können wie durch Vorstellungen.)

Es bedarf gewiss keiner weiteren Begründung, dass alle jene Störungen des psychischen Gleichgewichtes, welche wir acute Affecte nennen, mit einer Erregungssteigerung einhergehen. (Bei den chronischen Affecten, Kummer und Sorge, d. h. protrahirter Angst besteht die Complication eines schweren Ermüdungszustandes, welcher die ungleichmässige Vertheilung der Erregung und damit die Gleichgewichtstörung bestehen lässt, ihre Höhe aber herabsetzt.) Aber diese gesteigerte Erregung kann nicht in psychischer Thätigkeit verwendet werden. Alle starken Affecte beeinträchtigen die Association, den Vorstellungsablauf. Man wird „sinnlos“ vor Zorn oder Schreck. Nur jene Vorstellungsgruppe, welche den Affect erregt hat, persistirt im Bewusstsein mit höchster Intensität. So ist die Ausgleichung der Aufregung durch associative Thätigkeit unmöglich.

Aber die „activen“, „sthenischen“ Affecte gleichen die Erregungssteigerung durch motorische Abfuhr aus. Das Jauchzen und Springen

[1] Lange, Über Gemütsbewegungen. 1887.

der Freude, der gesteigerte Muskeltonus des Zornes, die Zornrede und die vergeltende That lassen die Erregung in Bewegungsacten abströmen. Der psychische Schmerz entladet dieselbe in respiratorischen Anstrengungen und in einem secretorischen Acte, Schluchzen und Weinen. Dass diese Reactionen die Aufregung mindern und beruhigen, ist Sache der täglichen Erfahrung. Wie schon bemerkt, drückt die Sprache dies in den Terminis „sich ausweinen, austoben“ u. s. w. aus; was dabei ausgegeben wird, ist eben die gesteigerte cerebrale Erregung.

Nur einzelne dieser Reactionen sind zweckmässig, indem dadurch irgend etwas an der Sachlage geändert werden kann, wie durch die Zornesthat und -Rede. Die andern sind völlig zwecklos, oder vielmehr sie haben keinen anderen Zweck als die Ausgleichung der Erregungssteigerung und die Herstellung des psychischen Gleichgewichtes. Indem sie dies leisten, dienen sie der „Tendenz zur Constanterhaltung der cerebralen Erregung“.

Den „asthenischen“ Affecten des Schrecks und der Angst fehlt diese reactive Entladung. Der Schreck lähmt ganz direct die Motilität wie die Association, und ebenso die Angst, wenn die eine zweckmässige Reaction des Davonlaufens durch die Ursache des Angstaffectes und durch die Umstände ausgeschlossen ist. Die Erregung des Schrecks schwindet nur durch allmähliche Ausgleichung.

Der Zorn hat adäquate, der Veranlassung entsprechende Reactionen. Sind diese unmöglich oder werden sie gehemmt, so treten Surrogate an ihre Stelle. Schon die Zornrede ist ein solches. Aber auch andere, ganz zwecklose Acte ersetzen diese. Wenn Bismarck vor dem König die zornige Aufregung unterdrücken muss, erleichtert er sich dann, indem er eine kostbare Vase zu Boden schmettert. Diese willkürliche Substitution eines motorischen Actes durch einen anderen entspricht ganz dem Ersatz der natürlichen Schmerzreflexe durch andere Muskelcontractionen; der präformirte Reflex bei einer Zahnextraction ist es, den Arzt wegzustossen und zu schreien. Wenn wir statt dessen die Armmuskeln contrahiren und die Stuhllehne pressen, so versetzen wir das durch den Schmerz ausgelöste Erregungsquantum von einer Muskelgruppe auf eine andere. Bei spontanem heftigen Zahnschmerz, der ausser dem Aechzen ja keinen präformirten Reflex hat, strömt die Erregung in zwecklosem Hin- und Herlaufen ab. Ebenso transponiren wir die Erregung des Zornes von der adäquaten Reaction auf andere und fühlen uns entlastet, wenn sie nur durch irgend eine starke motorische Innervation verbraucht wird.

Wenn dem Affect eine solche Abfuhr der Erregung aber überhaupt versagt wird, dann ist die Sachlage die gleiche beim Zorne wie bei Schreck und Angst: die intracerebrale Erregung ist gewaltig gesteigert, aber sie wird weder in associativer noch in motorischer Thätigkeit verbraucht. Beim normalen Menschen gleicht sich die Störung allmählich aus; bei manchen treten aber anomale Reactionen auf, es bildet sich der „anomale Ausdruck der Gemütsbewegungen“ (Oppenheim).

III. Die hysterische Conversion.

Es wird wohl kaum den Verdacht erregen, ich identificirte die Nervenerregung mit der Elektricität, wenn ich noch einmal auf den Vergleich mit einer elektrischen Anlage zurückkomme. Wenn in einer solchen die Spannung übergross wird, so besteht die Gefahr, dass schwächere Stellen der Isolation durchbrochen werden. Es treten dann elektrische Erscheinungen an abnormen Stellen auf; oder, wenn zwei Drähte nebeneinander liegen, bildet sich ein „kurzer Schluss“. Da an diesen Stellen eine bleibende Veränderung gesetzt wird, kann die dadurch bedingte Störung immer wieder erscheinen, wenn die Spannung genügend gesteigert ist. Es hat eine abnorme „Bahnung“ stattgefunden.

Man kann wohl behaupten, dass die Verhältnisse des Nervensystems einigermaassen ähnliche sind. Es ist ein durchaus zusammenhängendes Ganzes; aber es sind an vielen Stellen grosse, doch nicht unüberwindbare, Widerstände eingeschaltet, welche die allgemeine gleichmässige Ausbreitung der Erregung verhindern. So geht im normalen wachen Menschen die Erregung des Vorstellungsorganes nicht auf die Perceptionsorgane über, wir hallucíniren nicht. Die nervösen Apparate der lebenswichtigen Organcomplexe, der Circulation und Verdauung, sind im Interesse der Sicherheit und Leistungsfähigkeit des Organismus, durch starke Widerstände von den Organen der Vorstellung getrennt, ihre Selbstständigkeit ist gewahrt; sie sind directe durch Vorstellungen nicht beeinflusst. Aber nur Widerstände von individuell verschiedener Stärke hindern den Uebergang der intracerebralen Erregung auf die Circulations- und Verdauungsapparate; zwischen dem heute seltenen Ideal des absolut nicht „nervösen“ Menschen, dessen Herzaction in jeder Lebenslage constant bleibt und nur durch die zu leistende Arbeit beeinflusst wird, der in jeder Gefahr gleichmässig guten Appetit hat und verdaut, — und dem „nervösen“ Menschen, dem jedes Ereigniss Herzklopfen und Diarrhöe

verursacht; — dazwischen stehen alle Abstufungen der affectiven Erregbarkeit.

Aber immerhin bestehen beim normalen Menschen Widerstände für den Uebergang cerebraler Erregung auf die vegetativen Organe. Sie entsprechen der Isolation elektrischer Leitungen. An jenen Stellen, wo sie anomal gering sind, werden sie bei hochgespannter cerebraler Erregung durchbrochen, und diese, die Erregung des Affectes, geht auf das periphere Organ über. Es entsteht der „anomale Ausdruck der Gemüthsbewegung“.

Von den beiden eben genannten Bedingungen hiefür ist die eine schon ausführlich erörtert worden. Es ist ein hoher Grad intracerebraler Erregung, dem sowohl die Ausgleichung durch Vorstellungsablauf wie die durch motorische Abfuhr versagt ist; oder der zu hoch ist, als dass die letztere genügen könnte.

Die andere Bedingung ist abnorme Schwäche der Widerstände in einzelnen Leitungsbahnen. Sie kann in der originären Beschaffenheit des Menschen liegen (angeborene Disposition); sie kann bedingt sein durch langdauernde Erregungszustände, welche sozusagen das Gefüge des Nervensystems lockern und alle Widerstände herabsetzen (Disposition der Pubertät); durch schwächende Einflüsse, Krankheit, Unterernährung u. s. w. (Disposition der Erschöpfungszustände). Der Widerstand einzelner Leitungswege kann herabgesetzt werden durch vorhergehende Erkrankung des betreffenden Organes, wodurch die Wege zum und vom Gehirn gebahnt wurden. Ein krankes Herz unterliegt dem Einfluss des Affectes stärker als ein gesundes. „Ich habe einen Resonanzboden im Unterleib“, sagte mir eine an chronischer Parametritis leidende Frau, „was geschieht, erweckt meinen alten Schmerz.“ — (Disposition durch locale Erkrankung.)

Die motorischen Acte, in welchen sich normaler Weise die Erregung der Affecte entladet, sind geordnete, coordinirte, wenn auch oft zwecklose. Aber die übergrosse Erregung kann die Coordinationscentren umgehen oder durchbrechen und in elementaren Bewegungen abströmen. Beim Säugling sind, ausser dem respiratorischen Acte des Schreiens, nur solche incoordinirte Muskelcontractionen, Bäumen und Strampeln, Wirkung und Ausdruck des Affectes. Mit fortschreitender Entwicklung gelangt die Musculatur immer mehr unter die Herrschaft der Coordination und des Willens. Aber jener Opisthotonus, welcher das Maximum motorischer Anstrengung der gesammten Körpermusculatur darstellt, und die klonischen Bewegungen des Zappelns und Strampelns bleiben das Leben hindurch die Reactionsform für die maximale Erregung

des Gehirnes; für die rein physische des epileptischen Anfalles wie für die Entladung maximaler Affecte, als mehr oder minder epileptoider Krampf. (Der rein motorische Theil des hysterischen Anfalles.)

Solche abnorme Affectreactionen gehören zwar zur Hysterie; aber sie kommen auch ausserhalb dieser Krankheit vor; sie bezeichnen einen mehr minder hohen Grad von Nervosität, nicht die Hysterie. Als hysterisch darf man solche Phänomene erst dann bezeichnen, wenn sie nicht als Folgen eines hochgradigen, aber objectiv begründeten Affectes, sondern scheinbar spontan, als Krankheitserscheinung auftreten. Für diese haben viele Beobachtungen und so auch die unserigen nachgewiesen, dass sie auf Erinnerungen beruhen, welche den ursprünglichen Affect erneuern. Oder besser: erneuern würden, wenn nicht eben jene Reactionen schon einmal entstanden wären.

Wohl bei allen geistig regsameren Menschen rinnt, bei psychischer Ruhe, leise ein Strom von Vorstellungen und Erinnerungen durch das Bewusstsein; meist mit so geringer Lebhaftigkeit der Vorstellungen, dass sie keine Spur im Gedächtniss hinterlassen, und man dann nicht sagen kann, wie die Association stattgefunden hat. Taucht aber eine Vorstellung auf, die ursprünglich mit einem starken Affect verbunden war, so erneuert sich dieser in grösserer oder geringerer Intensität. Die so „affectiv betonte" Vorstellung tritt dann hell und lebhaft in's Bewusstsein. Die Stärke des Affectes, welchen eine Erinnerung auslösen kann, ist sehr verschieden, je nach dem Maasse, in welchem sie den verschiedenen „usurirenden" Einflüssen ausgesetzt war. Vor allem, je nachdem der ursprüngliche Affect „abreagirt" worden war. Wir haben in der „Vorläufigen Mittheilung" darauf hingewiesen, in wie verschiedenem Grade z. B. der Affect des Zornes über eine Beleidigung durch die Erinnerung wachgerufen wird, wenn diese Beleidigung vergolten oder wenn sie stumm geduldet worden ist. War der psychische Reflex bei der ursprünglichen Veranlassung wirklich erfolgt, so löst die Erinnerung ein viel geringeres Erregungsquantum aus.[1] Wenn nicht,

---

[1] Der Trieb der Rache, der beim Naturmenschen so mächtig ist und durch die Cultur mehr verkleidet als unterdrückt wird, ist überhaupt nichts als die Erregung eines nicht ausgelösten Reflexes. Eine Schädigung im Kampfe abzuwehren und dabei den Gegner zu schädigen, ist der adäquate, präformirte, psychische Reflex. Ist er nicht oder ungenügend vollzogen worden, so wird er durch die

so drängt die Erinnerung immer wieder die scheltenden Worten auf die Lippen, welche damals unterdrückt wurden, und welche der psychische Reflex jenes Reizes gewesen wären.

Hat sich der ursprüngliche Affect nicht in dem normalen, sondern in einem „abnormen Reflex" entladen, so wird auch dieser durch die Erinnerung wieder ausgelöst; die von der affectiven Vorstellung ausgehende Erregung wird in ein körperliches Phänomen „convertirt". (Freud.)

Ist durch oftmalige Wiederholung dieser abnorme Reflex vollständig gebahnt worden, so kann sich, wie es scheint, die Wirksamkeit der auslösenden Vorstellungen darin so vollständig erschöpfen, dass der Affect selbst nur in minimaler Stärke oder gar nicht entsteht; dann ist die „hysterische Conversion" vollständig. Die Vorstellung aber, welche nun nicht mehr psychische Wirkungen hat, kann von dem Individuum übersehen oder ihr Auftauchen alsbald wieder vergessen werden, wie es bei andern affectlosen Vorstellungen geschieht.

Ein solches Ersetzen der cerebralen Erregung, welche eine Vorstellung bedingen sollte, durch eine Erregung peripherer Bahnen wird vielleicht annehmbarer durch die Erinnerung an das umgekehrte Verhalten beim Ausbleiben eines präformirten Reflexes. Ich wähle ein höchst triviales Beispiel, den Niessreflex. Wenn ein Reiz auf der Nasenschleimhaut diesen präformirten Reflex aus irgend einem Grunde nicht auslöst, so entsteht bekanntermaassen ein Gefühl von Erregung und Spannung. Es ist die Erregung, welche auf den motorischen Bahnen nicht abströmen kann und nun, jede andere Thätigkeit hemmend, über das Gehirn sich verbreitet. Dieses banalste Beispiel bietet doch das Schema für den Vorgang beim Ausbleiben auch der complicirtesten psychischen Reflexe. Die oben besprochene Aufregung des Rachetriebes ist wesentlich dasselbe; und bis in die höchsten Sphären menschlicher Leistungen können wir den Process verfolgen. Goethe wird mit einem Erlebniss nicht fertig, bis er es in dichterischer Thätigkeit erledigt hat. Bei ihm ist dies der präformirte Reflex eines Affectes, und

---

Erinnerung immer wieder ausgelöst, und es entsteht der „Rachetrieb" als irrationaler Willensimpuls wie alle „Triebe". Beweis hiefür ist eben seine Irrationalität, seine Unabhängigkeit von allem Nutzen und aller Zweckmässigkeit; ja sein Sieg über alle Rücksichten der eigenen Sicherheit. Sobald der Reflex ausgelöst worden ist, kann diese Irrationalität in's Bewusstsein treten.

„Ein anderes Antlitz, bevor sie geschehen,
Ein anderes trägt die vollbrachte That."

solange dieser sich nicht vollzogen hat, besteht die peinliche gesteigerte Erregung.

Die intracerebrale Erregung und der Erregungsvorgang in peripheren Bahnen sind reciproke Grössen; die erstere wächst, wenn und solange ein Reflex nicht ausgelöst wird, sie sinkt und schwindet, wenn sie sich in periphere Nervenerregung umgesetzt hat. So scheint es auch nicht unverständlich, dass kein merkbarer Affect entsteht, wenn die Vorstellung, welche ihn veranlassen sollte, unmittelbar einen abnormen Reflex auslöst, und in diesem die entstehende Erregung sogleich abströmt. Die „hysterische Conversion“ ist dann vollständig; die ursprünglich intracerebrale Erregung des Affectes ist in den Erregungsvorgang peripherer Bahnen umgewandelt worden; die ursprünglich affective Vorstellung ruft jetzt nicht mehr den Affect, sondern nur den abnormen Reflex hervor.[1]

Wir sind damit einen Schritt weitergekommen, über den „abnormen Ausdruck der Gemüthsbewegungen“ hinaus. Das hysterische Phänomen (abnormer Reflex) erscheint auch intelligenten und gut beobachtenden Kranken nicht als ideogen, weil die veranlassende Vorstellung nicht mehr affectiv betont und nicht mehr vor anderen Vorstellungen und Erinnerungen ausgezeichnet ist; es erscheint als rein somatisches Phänomen, scheinbar ohne psychologische Wurzel.

Wodurch wird nun die Entladung der Affecterregung determinirt, so dass eben der eine abnorme Reflex geschaffen wird und nicht irgend ein beliebiger anderer? Unsere Beobachtungen beantworten diese Frage für viele Fälle dahin, dass auch diese Entladung dem „Princip des geringsten Widerstandes“ folgt und auf jenen Bahnen geschieht, deren Widerstände schon durch concurrirende Umstände herabgesetzt worden sind. Dahin gehört der schon früher besprochene Fall, dass ein bestimmter Reflex durch somatische Krankheit bereits gebahnt ist; z. B. wenn jemand oft an Cardialgien leidet, wird diese auch durch

[1] Ich möchte den Vergleich mit einer elektrischen Anlage nicht zu Tode hetzen; bei der fundamentalen Verschiedenartigkeit der Verhältnisse kann er ja die Vorgänge im Nervensystem kaum illustriren und gewiss nicht erklären. Aber hier mag noch an den Fall erinnert werden, dass durch hohe Spannung die Isolation der Leitung einer Beleuchtungsanlage gelitten habe und an einer Stelle ein „kurzer Schluss“ hergestellt sei. Treten nun an dieser Stelle elektrische Phänomene auf (Erwärmung, z. B. kurze Funken o. dgl.), so leuchtet die Lampe nicht, zu welcher die Leitung führt; wie der Affect nicht entsteht, wenn die Erregung als abnormer Reflex abströmt, in ein somatisches Phänomen convertirt wird.

den Affect hervorgerufen. — Oder ein Reflex ist dadurch gebahnt, dass die betreffende Muskelinnervation im Momente des ursprünglichen Affectes willkürlich intendirt wurde; so strebt Anna O. (Beob. I) im Schreckaffect den durch Drucklähmung bewegungslosen rechten Arm zu strecken, um die Schlange abzuwehren; von da an wird der Tetanus des rechten Armes durch den Anblick aller schlangenähnlichen Dinge hervorgerufen. Oder sie convergirt im Affecte stark mit den Augen, um die Uhrzeiger zu erkennen, und nun wird der Strabismus convergens einer der Reflexe dieses Affectes u. s. f.

Es ist dies die Wirkung der Gleichzeitigkeit, welche ja auch unsere normale Association beherrscht; es ruft jede Sinneswahrnehmung eine andere wieder in's Bewusstsein, welche ursprünglich zugleich mit ihr aufgetreten war; (das Schulbeispiel vom Gesichtsbilde und dem Blöcken des Schlafes u. dgl.).

Wenn nun mit dem ursprünglichen Affecte gleichzeitig ein lebhafter Sinneseindruck bestanden hatte, so wird dieser vom erneuten Affect wieder hervorgerufen, und zwar, da es sich dabei um die Entladung übergrosser Erregung handelt, nicht als Erinnerung, sondern als Hallucination. Fast alle unsere Beobachtungen bieten hiefür Beispiele. Ein solches ist es auch, wenn eine Frau einen schmerzlichen Affect durchlebt, während sie von einer Periostitis heftigen Zahnschmerz hat, und nun jede Erneuerung dieses Affectes, ja die Erinnerung daran eine Infraorbital-Neuralgie hervorruft u. dgl. m.

Dies ist die Bahnung abnormer Reflexe nach den allgemeinen Gesetzen der Association. Manchmal aber (freilich nur bei höheren Graden von Hysterie) liegen zwischen dem Affect und seinem Reflex wirkliche Reihen von associirten Vorstellungen; das ist die Determinirung durch Symbolik. Es sind oft lächerliche Wortspiele, Klangassociationen, welche den Affect und seinen Reflex verbinden; aber das geschieht nur in traumhaften Zuständen mit verminderter Kritik und liegt schon ausserhalb der hier betrachteten Gruppe von Phänomenen.

In sehr vielen Fällen bleibt die Determinirung unverständlich, weil unser Einblick in den psychischen Zustand und unsere Kenntniss der Vorstellungen, welche bei der Entstehung des hysterischen Phänomens actuell waren, oft höchst unvollständig ist. Aber wir dürfen annehmen, dass der Vorgang demjenigen nicht ganz unähnlich sein wird, der uns in günstigeren Fällen klar ist.

Die Erlebnisse, welche den ursprünglichen Affect auslösten, dessen Erregung dann in ein somatisches Phänomen convertirt wurde,

bezeichneten wir als **psychische Traumen** und die so entstandenen Krankheitserscheinungen als **hysterische Symptome traumatischen Ursprungs**. (Die Bezeichnung „traumatische Hysterie“ ist ja bereits für jene Phänomene vergeben, welche als Folgen körperlicher Verletzungen, Traumen im engsten Sinne, einen Theil der „traumatischen Neurose“ ausmachen.)

In vollkommener Analogie mit der Entstehung traumatisch bedingter hyst. Phänomene steht die hyst. Conversion jener psychischen Erregung, welche nicht äusseren Reizen, nicht der Hemmung normaler psychischer Reflexe, sondern der Hemmung des Associationsablaufes entspringt.

Das elementare Beispiel und Paradigma hiefür liefert die Erregung, welche dadurch entsteht, dass uns ein Name nicht einfällt, dass wir ein Räthsel nicht lösen können u. dgl. Wird uns der Name oder das Wort des Räthsels gesagt, so schwindet die Erregung, indem sich die Associationskette schliesst, geradeso wie beim Schluss einer Reflexkette. Die Stärke der Erregung, welche von der Stockung einer Associationsreihe ausgeht, ist proportional dem Interesse, welches dieselbe für uns hat, d. h. dem Ausmaass, in welchem sie den Willen bewegt. Da aber beim Suchen nach einer Lösung des Problems o. dgl. immer eine grosse, wenn auch erfolglose Arbeit geleistet wird, findet auch starke Erregung ihre Verwendung und drängt nicht zur Entladung, wird darum auch nie pathogen.

Wohl aber geschieht das, wenn der Associationsablauf dadurch gehemmt wird, dass gleichwertige Vorstellungen **unvereinbar** mit einander sind; wenn z. B. neue Gedanken mit festgewurzelten Vorstellungscomplexen in Conflict gerathen. Solcher Natur ist die Pein des religiösen Zweifels, der so viele Menschen unterliegen und noch viel mehr unterlagen. Auch hiebei steigt die Erregung und damit der psychische Schmerz, das Unlustgefühl zu bedeutender Höhe nur dann, wenn ein Willensinteresse des Individuums dabei in's Spiel kommt, wenn der Zweifelnde sich in seinem Glück, seinem Seelenheil bedroht glaubt.

Diess ist aber immer der Fall, wenn der Conflict besteht zwischen dem festen, anerzogenen Complex der moralischen Vorstellungen und der Erinnerung an eigene Handlungen oder auch nur Gedanken, welche damit unvereinbar sind: die **Gewissensqual**. Das Willensinteresse, Freude an der eigenen Persönlichkeit zu haben, mit ihr zufrieden zu sein, tritt dabei in Action und steigert die Erregung der Associations-

hemmung auf's höchste. Dass solcher Conflict unvereinbarer Vorstellungen pathogen wirkt, ist Sache der täglichen Erfahrung. Es handelt sich meist um Vorstellungen und Vorgänge des sexualen Lebens: um Masturbation bei moralisch empfindlichen Adolescenten, um das Bewusstsein der Neigung zu einem fremden Manne bei einer sittenstrengen Frau. Ja, sehr oft genügt das erste Auftauchen sexualer Empfindungen und Vorstellungen an sich schon, um durch den Conflict mit der festgewurzelten Vorstellung von sittlicher Reinheit einen hochgradigen regungszustand zu schaffen. [1]

Diesem entspringen gewöhnlich psychische Folgen; pathologische Verstimmung, Angstzustände (Freud). Manchmal wird aber durch concurrirende Umstände ein anomales somatisches Phänomen determinirt, in welchem sich die Erregung entladet: Erbrechen, wenn das Gefühl moralischer Beschmutzung ein physisches Ekelgefühl erzeugt; eine Tussis nervosa wie bei Anna O. (Beob. I.), wenn die Gewissensangst Glottiskrampf hervorruft u. dgl. [2]

Die Erregung, welche durch sehr lebhafte und durch unvereinbare Vorstellungen erzeugt wird, hat eine normale, adäquate Reaction; die Mittheilung durch die Rede. Wir finden den Drang danach in komischer Uebertreibung in der Geschichte vom Barbier des Midas, der sein Geheimniss in's Schilf hineinruft; wir finden ihn als eine der Grundlagen einer grossartigen historischen Institution in der katholischen Ohrenbeichte. Die Mittheilung erleichtert, sie entladet die Spannung auch dann, wenn sie nicht gegen den Priester geschieht und nicht von der Absolution gefolgt ist. Wird der Erregung dieser Ausweg versperrt, so convertirt sie sich manchmal in ein somatisches Phänomen ebenso wie die Erregung traumatischer Affecte, und wir können die ganze

[1] Vgl. für diesen Punkt einige interessante Mittheilungen und Bemerkungen Benedikt's (1889), wiederabgedruckt in der Schrift „Hypnotismus und Suggestion“ 1894 (p. 51 u. ff.)

[2] Ich finde in Mach's „Bewegungsempfindungen“ eine Bemerkung, an welche hier wohl erinnert werden darf:

„Es hat sich bei den beschriebenen (Schwindel-) Versuchen wiederholt gezeigt, dass ein Ekelgefühl sich hauptsächlich dann einstellte, wenn es schwer war, die Bewegungsempfindungen mit den optischen Eindrücken in Einklang zu bringen. Es sah so aus, als ob ein Theil des vom Labyrinth ausgehenden Reizes gezwungen worden wäre, die optischen Bahnen, die ihm durch einen andern Reiz verschlossen waren, zu verlassen und ganz andere Bahnen einzuschlagen. . . . Auch beim Versuch, Stereoskopbilder mit starken Differenzen zu combiniren, habe ich wiederholt ein Ekelgefühl beobachtet.“

Das ist geradezu das physiologische Schema für die Entstehung pathologischer, hysterischer Phänomene durch die Coexistenz lebhafter, unvereinbarer Vorstellungen.

Gruppe hysterischer Erscheinungen, welche diesen Ursprung haben, mit Freud als **hysterische Retentionsphänomene** bezeichnen.

Die bisherige Darlegung des psychischen Entstehungsmechanismus hysterischer Phänomene steht dem Vorwurf offen, dass sie schematisire und den Vorgang einfacher darstelle, als er in Wirklichkeit ist. Damit sich bei einem gesunden, nicht originär neuropathischen Menschen ein richtiges hysterisches Symptom ausbilde, mit seiner scheinbaren Unabhängigkeit von der Psyche, seiner selbständigen somatischen Existenz, müssen fast immer mehrfache Umstände concurriren.

Der folgende Fall mag als Beispiel dieser Complicirtheit des Vorganges dienen: Ein 12jähriger Knabe, früher an Pavor nocturnus leidend und Sohn eines sehr nervösen Vaters, kam eines Tages unwohl aus der Schule. Er klagte über Schlingbeschwerden, d. h. er konnte nur mit Schwierigkeit schlucken, und über Kopfschmerz. Der Hausarzt nahm eine Angina als Ursache an. Aber auch nach mehreren Tagen besserte sich der Zustand nicht. Der Junge wollte nicht essen, erbrach, als man ihn dazu verhielt, schleppte sich müde und lustlos herum, wollte immer zu Bett liegen und kam körperlich sehr herab. Als ich ihn nach 5 Wochen sah, machte er den Eindruck eines scheuen, verschlossenen Kindes, und ich gewann die Ueberzeugung, der Zustand habe eine psychische Begründung. Auf drängende Fragen gab er eine banale Ursache an, einen strengen Verweis des Vaters, der offenbar nicht die wirkliche Grundlage der Erkrankung war. Auch aus der Schule war nichts zu erfahren. Ich versprach, später in der Hypnose die Mittheilung zu erzwingen. Doch das wurde unnöthig. Als ihn die kluge und energische Mutter einmal hart anliess, begann er unter einem Thränenstrom zu erzählen. Er war damals auf dem Heimweg von der Schule in ein Pissoir getreten, und dort hatte ihm ein Mann den Penis hingehalten mit der Aufforderung, ihn in den Mund zu nehmen. Er war voll Schreck weggelaufen, und es war ihm sonst nichts geschehen. Aber von dem Augenblick an war er krank. Von dem Moment der Beichte an wich der Zustand völliger Gesundheit. — Um das Phänomen der Anorexie, der Schlingbeschwerden, des Erbrechens zu erzeugen, brauchte es hier mehrerer Factoren: die angeborene nervöse Artung, den Schreck, das Hereinbrechen des Sexualen in seiner brutalsten Form in das Kindergemüth, und als determinirendes Moment die Ekelvorstellung. Ihre Dauer verdankte die Erkrankung dem Verschweigen, wodurch der Erregung die normale Abfuhr versagt wurde.

So wie in diesem Fall, so müssen immer mehrere Factoren zusammenwirken, damit bei einem bisher Gesunden ein hysterisches Symptom sich bilde; dieses ist immer „**überdeterminirt**“ nach dem Ausdrucke **Freud**'s.

Als solche **Ueberdeterminirung** kann es auch gelten, wenn derselbe Affect durch mehrere, wiederholte Anlässe hervorgerufen wird. Der Kranke und die Umgebung beziehen das hysterische Symptom nur auf den letzten Anlass, der aber meist nur zur Erscheinung gebracht hat, was durch andere Traumen schon fast vollständig geleistet war.

Ein junges Mädchen hatte ihren ersten hysterischen Anfall, an den sich dann eine Reihe anderer schlossen, als ihr im Dunkel eine Katze auf die Schulter sprang. Es schien einfache Schreckwirkung. Genauere Erforschung ergab aber, dass das auffallend schöne und übel behütete 17jährige Mädchen in letzter Zeit Gegenstand vielfacher, mehr minder brutaler Nachstellungen gewesen und dadurch selbst in sexuale Erregung gerathen war. (Disposition.) Auf derselben dunklen Treppe war sie einige Tage vorher von einem jungen Manne überfallen worden, dessen Angriff sie sich mit Noth entzog. Dies war das eigentliche psychische Trauma, dessen Wirkung durch die Katze nur manifest wurde. Aber in wie vielen Fällen gilt so eine Katze für vollständig genügende causa efficiens?

Für solche Durchsetzung der Conversion durch Wiederholung des Affectes ist nicht immer eine Mehrzahl von äussern Anlässen nöthig; oft genügt auch die Erneuerung des Affectes in der Erinnerung, wenn diese alsbald nach dem Trauma, bevor sich der Affect abgeschwächt hat, in rascher, häufiger Wiederholung erfolgt. Es genügt das, wenn der Affect ein sehr mächtiger war; so ist es bei den traumatischen Hysterien im engeren Wortsinne.

In den Tagen nach einem Eisenbahnunglück z. B. wird im Schlaf und Wachen die Schreckensscene wieder durchlebt, immer mit der Erneuerung des Schreckaffectes, bis endlich nach dieser Zeit „psychischer Ausarbeitung“ (Charcot) oder Incubation die Convertirung in ein somatisches Phänomen zu Stande gekommen ist. (Allerdings wirkt hiebei noch ein Factor mit, der später zu besprechen ist.)

Aber gewöhnlich unterliegt die affective Vorstellung alsbald der Usur, all' jenen in der „Vorl. Mittheil.“ (pag. 6) berührten Einflüssen, die sie nach und nach ihres Affectwertes berauben. Ihr Wiederauftauchen bedingt ein immer geringeres Maass von Erregung, und damit verliert die Erinnerung die Fähigkeit, zur Herstellung eines somatischen Phänomens beizutragen. Die Bahnung des abnormen Reflexes verliert sich, und der status quo ante stellt sich damit wieder her.

Die usurirenden Einflüsse sind aber sämmtlich Leistungen der Association, des Denkens, Correctur durch andere Vorstellungen. Diese wird unmöglich, wenn die Affectvorstellung dem „Associationsverkehre“ entzogen wird; und in solchem Fall behält dieselbe ihren ganzen Affectwerth. Indem sie bei jeder Erneuerung immer wieder die ganze Erregungsumme des ursprünglichen Affectes frei macht, wird die damals begonnene Bahnung eines abnormen Reflexes endlich vollzogen, oder die damals zu Stande gekommene erhalten und stabilisirt. Das Phänomen hysterischer Conversion ist dann vollständig für die Dauer etablirt.

---

[1] Ich verdanke diesen Fall Herrn Assistenten Dr. Paul Karplus.

Wir kennen aus unsern Beobachtungen zwei Formen solchen Ausschlusses von Affectvorstellungen aus der Association.

Die erste ist die „Abwehr", die willkürliche Unterdrückung peinlicher Vorstellungen, durch welche sich der Mensch in seiner Lebensfreude oder in seiner Selbstachtung bedroht fühlt. Freud hat in seiner Mittheilung über „Abwehr-Neuro-Psychosen" (Neurol. Centr.-Blatt Nr. 10, 1894) und in den hier vorliegenden Krankengeschichten über diesen Vorgang gesprochen, der gewiss eine sehr hohe pathologische Bedeutung hat.

Es ist wohl nicht verständlich, wieso eine Vorstellung willkürlich aus dem Bewusstsein verdrängt werden kann; aber wir kennen den entsprechenden positiven Vorgang, die Concentration der Aufmerksamkeit auf eine Vorstellung, genau und können ebensowenig sagen, wie wir ihn vollziehen.

Vorstellungen nun, von denen sich das Bewusstsein abwendet, über die nicht gedacht wird, bleiben auch der Usur entzogen und behalten ihren Affectbetrag ungemindert.

Wir haben weiters gefunden, dass eine andere Art von Vorstellungen der Usur durch das Denken entzogen bleibt, nicht weil man sie nicht erinnern will, sondern weil man es nicht kann; weil sie in Zuständen ursprünglich aufgetaucht sind und mit Affect belehnt wurden, für die im wachen Bewusstsein Amnesie besteht, in hypnotischen und hypnose-ähnlichen Zuständen. Diese letzteren scheinen von höchster Bedeutung für die Lehre von der Hysterie zu sein und darum eine etwas eingehendere Besprechung zu verdienen.[1]

IV. Hypnoide Zustände.

Als wir in der „Vorläufigen Mittheilung" den Satz aussprachen: Grundlage und Bedingung der Hysterie ist die Existenz von hypnoiden Zuständen, übersahen wir, dass Möbius 1890 bereits ganz dasselbe gesagt hatte. „Die Voraussetzung des (pathogenen) Wirkens der Vorstellungen ist eine angeborene, d. h. die hysterische Anlage einerseits

[1] Wenn hier und später von Vorstellungen die Rede ist, die actuell, wirksam und doch unbewusst sind, so handelt es sich dabei nur selten um einzelne Vorstellungen (wie etwa die hallucinirte grosse Schlange Anna O.'s, welche die Contractur auslöst); fast immer um Vorstellungscomplexe, um Verbindungen, um Erinnerungen an äussere Vorgänge und eigene Gedankengänge. Die in solchen Vorstellungscomplexen enthaltenen Einzelvorstellungen werden gelegentlich alle bewusst gedacht. Nur die bestimmte Combination ist aus dem Bewusstsein verbannt.

und ein besonderer Gemüthszustand anderseits. Von diesem Gemüthszustande kann man sich nur eine unklare Vorstellung machen. Er muss dem hypnotischen ähnlich sein, er muss einer gewissen Leere des Bewusstseins entsprechen, in der einer auftauchenden Vorstellung von Seiten anderer kein Widerstand entgegengesetzt wird, in der sozusagen der Thron für den ersten Besten frei ist. Wir wissen, dass ein solcher Zustand, ausser durch Hypnotisirung durch Gemüthserschütterung (Schreck, Zorn u. s. w.) und durch erschöpfende Einflüsse (Schlaflosigkeit, Hunger u. s. w.) herbeigeführt werden kann." [1]

Die Frage, deren annähernde Lösung Möbius hiemit zunächst versuchte, ist die nach der Entstehung somatischer Phänomene durch Vorstellungen. Er erinnert dabei an die Leichtigkeit, mit welcher eine solche in der Hypnose stattfindet, und hält die Wirkung der Affecte für analog. Unsere, einigermaassen abweichende Anschauung über diese Affectwirkung ist oben ausführlich dargelegt worden. Ich brauche darum hier nicht weiter auf die Schwierigkeit einzugehen, welche darin liegt, dass M. beim Zorn eine „Leere des Bewusstseins" [2] annimmt (die beim Schreck und bei der protrahirten Angst allerdings besteht), und wie schwer es überhaupt ist, den Erregungszustand des Affectes mit der Ruhe der Hypnose zu analogisiren. Wir werden aber auf die Sätze Möbius', die, wie ich meine, eine wichtige Wahrheit enthalten, später zurückkommen.

Für uns liegt die Wichtigkeit der hypnose-ähnlichen, „hypnoiden" Zustände ausserdem und vor allem in der Amnesie und in ihrer Fähigkeit, jene später zu besprechende Spaltung der Psyche zu bedingen, welche für die „grosse Hysterie" von fundamentaler Bedeutung ist. Diese Wichtigkeit legen wir ihnen auch jetzt noch bei. Doch muss ich unsern Satz wesentlich einschränken. Die Conversion, die ideogene Entstehung somatischer Phänomene vollzieht sich auch ausserhalb der hypnoiden Zustände, und für die Bildung von Vorstellungscomplexen, die vom Associationsverkehre ausgeschlossen sind, hat Freud in der willkürlichen Amnesie der Abwehr eine zweite, von den hypnoiden Zuständen unabhängige Quelle gefunden. Aber, mit dieser Einschränkung, meine ich noch immer, diese letzteren seien Ursache und Bedingung vieler, ja der meisten, grossen und complicirten Hysterien.

---

[1] Möbius, Ueber Astasie-Abasie, Neurol. Beiträge I. Heft, p. 17.

[2] Vielleicht meint M. mit dieser Bezeichnung nichts anderes als die Hemmung des Vorstellungsablaufes, welche beim Affect allerdings besteht, wenn auch aus durchaus andern Ursachen entspringend als bei der Hypnose.

Zu den hypnoiden Zuständen zählen natürlich vor allem die wirklichen Auto-Hypnosen, die sich von den artificiellen nur durch ihre spontane Entstehung unterscheiden. Wir finden sie bei manchen voll entwickelten Hysterien in wechselnder Häufigkeit und mit verschiedener Dauer, oft in raschestem Alterniren mit dem Zustand des normalen Wachens abwechselnd.[1] Ihres traumhaften Vorstellungsinhaltes wegen können sie oft den Namen des Delirium hystericum verdienen. Im Wachen besteht für die inneren Vorgänge dieser Zustände eine mehr oder minder vollständige Amnesie, während sie in der artificiellen Hypnose vollständig erinnert werden. Die psychischen Resultate dieser Zustände, die darin gebildeten Associationen, sind eben durch die Amnesie jeder Correctur im wachen Denken entzogen. Und da in der Autohypnose die Kritik und Controle durch andere Vorstellungen herabgesetzt und meist fast ganz geschwunden ist, so können ihr die verrücktesten Wahnvorstellungen entstammen und sich lange intact erhalten. So entsteht eine etwas complicirtere irrationale, „symbolische Beziehung zwischen der Veranlassung und dem pathologischen Phänomen", welche ja oft auf den lächerlichsten Klangähnlichkeiten und Wortassociationen beruht, fast nur in solchen Zuständen. Die Kritiklosigkeit derselben bedingt es, dass ihnen so häufig Autosuggestionen entspringen, z. B. wenn nach einem hysterischen Anfall eine Lähmung zurückbleibt. Aber, vielleicht zufälligerweise, sind wir in unseren Analysen kaum jemals auf diese Entstehung eines hysterischen Phänomens gestossen. Wir fanden diese immer, auch in der Autohypnose, durch denselben Vorgang bedingt wie ausserhalb derselben, durch die Convertirung einer Affecterregung.

Diese „hysterische Conversion" vollzieht sich in der Autohypnose jedenfalls leichter als im Wachen, wie ja auch in der artificiellen Hypnose Suggestiv-Vorstellungen sich als Hallucinationen und Bewegungen so viel leichter körperlich realisieren. Aber der Vorgang der Erregungsconversion ist doch im Wesen derselbe, wie er oben dargelegt worden ist. Hat er einmal stattgefunden, so wiederholt sich das somatische Phänomen, wenn Affect und Autohypnose wieder zusammentreffen. Und es scheint, dass der hypnotische Zustand dann durch den Affect selbst hervorgerufen werde. So bleibt zunächst, so lange die Hypnose mit vollem Wachen rein alternirt, das hysterische Symptom auf den hypnotischen Zustand be-

[1] Beobachtung I und II.

schränkt und wird durch die Wiederholung in diesem verstärkt; die veranlassende Vorstellung bleibt aber vor der Correctur durch das wache Denken und seine Kritik geschützt, weil sie eben im klaren Wachen gar nie auftaucht.

So blieb bei Anna O. (Beob. I) die Contractur des rechten Armes, die sich in der Autohypnose mit dem Angstaffect und der Vorstellung der Schlange associirt hatte, durch 4 Monate auf die Momente des hypnotischen (oder — wenn man für Absenzen von sehr kurzer Dauer diesen Namen unpassend findet — des hypnoiden) Zustandes beschränkt, wiederholte sich aber häufig. Dasselbe geschah mit andern in dem Hypnoidzustand vollzogenen Conversionen, und so bildete sich in vollkommener Latenz jener grosse Complex von hysterischen Phänomenen, der in die Erscheinung trat, als der hypnoide Zustand andauernd wurde.

Im hellen Wachen treten so entstandene Phänomene erst dann auf, wenn sich die später zu besprechende Spaltung der Psyche vollzogen hat, und an die Stelle des Alternirens zwischen Wach- und Hypnoidzustand die Coexistenz der normalen und der hypnoiden Vorstellungscomplexe getreten ist.

Bestehen solche hypnoide Zustände schon vor der Erkrankung und wie kommen sie zu Stande? Ich weiss hierüber wenig zu sagen, denn wir verfügen über keine andere Beobachtung, ausser über den Fall Anna O., die darüber Aufschluss geben könnte. Bei dieser Kranken scheint es sicher, dass die Autohypnose vorbereitet war durch habituelle Träumerei, und dass sie dann völlig hergestellt wurde durch einen Affect protrahirter Angst, der ja selbst einen hypnoiden Zustand begründet. Es scheint nicht unwahrscheinlich, dass dieser Vorgang allgemeinere Geltung hat.

Sehr verschiedenartige Zustände bedingen „Geistesabwesenheit", aber nur einige davon disponiren zur Autohypnose oder gehen direct in solche über. Der in ein Problem versunkene Forscher ist wohl auch bis zu einem gewissen Grade anästhetisch und bildet aus grossen Gruppen von Sinnesempfindungen keine bewussten Wahrnehmungen; ebenso wie der mit Lebhaftigkeit phantastisch Dichtende („Privattheater" Anna O.'s). Aber in diesen Zuständen wird energisch psychische Arbeit geleistet; die frei werdende Erregung des Nervensystems wird in dieser verbraucht. — In der Zerstreutheit, dem Hindämmern hingegen sinkt die intracerebrale Erregung unter das Niveau des hellen Wachens; diese Zustände grenzen an die Schläfrigkeit und

gehen in Schlaf über. Wenn aber in solchen Zuständen des „Versunkenseins“ und bei gehemmtem Vorstellungsablauf eine Gruppe von affectiv betonten Vorstellungen lebendig ist, so schafft sie ein hohes Niveau der intracerebralen Erregung, welche nicht durch psychische Arbeit verbraucht wird und für anomale Leistungen, für die Conversion, verfügbar ist.

So ist weder die „Geistesabwesenheit“ bei energischer Arbeit, noch der affectlose Dämmerzustand pathogen, wohl aber die mit Affect erfüllte Träumerei und der Ermüdungszustand protrahirter Affecte. Das Brüten des Bekümmerten, die Angst desjenigen, der am Krankenbette eines theuren Menschen wacht, die verliebte Träumerei sind solche Zustände. Die Concentration auf die affective Vorstellungsgruppe bedingt zuerst die „Abwesenheit“. Allmählich verlangsamt sich der Vorstellungsablauf, um endlich fast zu stagniren; aber die affective Vorstellung und ihr Affect bleiben lebendig und damit auch die grosse Quantität functionell nicht verbrauchter Erregung. Die Aehnlichkeit der Verhältnisse mit den Bedingungen der Hypnose scheint unverkennbar. Auch der zu Hypnotisirende darf nicht wirklich einschlafen, d. h. seine intracerebrale Erregung darf nicht auf das Niveau des Schlafes absinken; aber der Vorstellungsablauf muss gehemmt werden. Dann steht der suggerirten Vorstellung die ganze Erregungsmasse zur Verfügung.

So dürfte die pathogene Autohypnose bei manchen Menschen entstehen, indem der Affect in die habituelle Träumerei eintritt. Es ist das vielleicht einer der Gründe dafür, dass wir in der Anamnese der Hysterie so oft den beiden grossen pathogenen Factoren begegnen: der Verliebtheit und der Krankenpflege. Die erstere schafft mit dem sehnsuchtsvollen Gedanken an den abwesenden Geliebten die „Entrückung“, das Verdämmern der umgebenden Realität und dann das affecterfüllte Stillestehen des Denkens; die Krankenpflege stellt durch die äussere Ruhe, die Concentration auf ein Object, das Horchen auf die Athemzüge des Kranken, geradezu dieselben Bedingungen her wie viele Hypnotisirungsmethoden und füllt den so entstandenen Dämmerzustand mit dem Affecte der Angst. Vielleicht unterscheiden sich diese Zustände nur quantitativ von wirklichen Autohypnosen und gehen in solche über.

Ist das einmal geschehen, so wiederholt sich der hypnoseuähnliche Zustand durch dieselben Umstände immer wieder, und das Individuum hat dann statt der normalen zwei Seelenzustände deren

drei: Wachen, Schlaf und Hypnoid, wie wir es auch bei häufiger Wiederholung tiefer artificieller Hypnose beobachten.

Ich weiss nicht zu sagen, ob sich die spontanen hypnotischen Zustände auch ohne solches Eingreifen des Affectes entwickeln können, als Resultate originärer Anlage; ich halte das aber für sehr wahrscheinlich. Wenn wir sehen, wie verschieden bei den gesunden und kranken Menschen die Fähigkeit zu artificieller Hypnose ist, wie leicht sie bei manchen eintritt, liegt die Vermuthung nahe, dass sie bei solchen auch spontan vorkomme. Und die Anlage hiezu ist vielleicht nothwendig dafür, dass die Träumerei sich in Autohypnose verwandle. Ich bin also weit davon entfernt, den Entstehungsmechanismus, den uns Anna O. kennen gelehrt hat, bei allen Hysterischen vorauszusetzen.

Ich spreche von hypnoiden Zuständen statt von der Hypnose selbst, weil diese in der Entwicklung der Hysterie so wichtigen Zustände sehr schlecht abgegrenzt sind. Wir wissen nicht, ob die Träumerei, die oben als Vorstadium der Autohypnose bezeichnet wurde, nicht selbst schon dieselbe pathogene Leistung vollbringen kann wie diese, und ob es protrahirter Angstaffect nicht ebenfalls thut. Vom Schreck ist das sicher. Indem er den Vorstellungsablauf hemmt, während doch eine affective Vorstellung (der Gefahr) sehr lebhaft ist, steht er in vollem Parallelismus mit der affecterfüllten Träumerei; und indem die immer erneute Erinnerung diesen Seelenzustand immer wieder herstellt, entsteht ein „Schreckhypnoid“, in welchem die Conversion durchgesetzt oder stabilisirt wird; das Incubationsstadium der „traumatischen Hysterie“ sens. strict.

Da so verschiedene, aber im wichtigsten Punkte übereinstimmende Zustände sich der Autohypnose anreihen, so empfiehlt sich der Ausdruck „Hypnoid“, der diese innere Aehnlichkeit hervorhebt. Er resumirt jene Anschauung, die Möbius in den oben citirten Sätzen vertreten hat.

Vor allem aber bezeichnet er die Autohypnose selbst, deren Wichtigkeit für die Entstehung hysterischer Phänomene beruht auf der Erleichterung der Conversion, dem Schutz der convertirten Vorstellungen vor der Usur (durch die Amnesie) und der schliesslich daraus erwachsenden psychischen Spaltung.

Wenn nun ein körperliches Symptom durch eine Vorstellung verursacht ist und durch diese immer wieder ausgelöst wird, so sollte man erwarten, dass intelligente und der Selbstbeobachtung fähige Kranke dieses Zusammenhangs sich bewusst wären; dass sie es erfahrungsgemäss wüssten, das somatische Phänomen komme zugleich mit der Erinnerung an einen bestimmten Vorgang. Der innere Causalnexus freilich ist ihnen unbekannt; aber wir alle wissen doch immer, welche Vorstellung uns weinen oder lachen oder erröthen macht, wenn uns auch der nervöse Mechanismus dieser ideogenen Phänomene nicht entfernt klar ist. — Manchmal nun beobachten die Kranken den Zusammenhang wirklich und sind sich seiner bewusst; eine Frau sagt z. B., der leichte hysterische Anfall (Zittern und Herzklopfen etwa) stamme von einer grossen Gemüthsaufregung und wiederhole sich nur bei jedem daran erinnernden Vorgang. Von sehr vielen, wohl der Mehrzahl der hysterischen Symptome gilt das aber nicht. Auch intelligente Kranke wissen nicht, dass sie im Gefolge einer Vorstellung eintreten und halten sie für selbständige körperliche Phänomene. Wäre dies anders, so müsste die psychische Theorie der Hysterie schon ein ehrwürdiges Alter haben.

Es liegt nun nahe zu glauben, die betreffenden Krankheitserscheinungen seien zwar ursprünglich ideogen entstanden; die Wiederholung habe sie aber, um den Romberg'schen Ausdruck zu brauchen, dem Körper „eingebildet", und nun beruhten sie nicht mehr auf einem psychischen Vorgang, sondern auf den unterdess entstandenen Veränderungen des Nervensystems; sie seien selbständige, echt somatische Symptome geworden.

Von vorneherein ist diese Anschauung weder unmöglich noch unwahrscheinlich. Aber ich glaube, das Neue, welches unsere Beobachtungen für die Lehre von der Hysterie bringen, liegt eben in dem Nachweise, dass sie — mindestens in sehr vielen Fällen — unzutreffend ist. Wir sahen, dass die verschiedensten hysterischen Symptome nach jahrelangem Bestande „sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit den begleitenden Affect wachzurufen, und wenn der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affect Worte gab". Die hier erzählten Krankengeschichten geben einige Belege für diese Behauptung. „In Umkehrung des Satzes: cessante causa cessat effectus dürfen wir wohl aus diesen Beobachtungen schliessen: der veran-

lassende Vorgang (d. h. die Erinnerung daran) wirke noch nach Jahren fort, nicht indirect durch Vermittelung einer Kette von causalen Zwischengliedern, sondern unmittelbar als auslösende Ursache, wie etwa ein im wachen Bewusstsein erinnerter psychischer Schmerz noch in später Zeit die Thränensecretion hervorruft: der Hysterische leide grösstentheils an Reminiscenzen".

Wenn dies aber der Fall ist, wenn die Erinnerung an das psychische Trauma, nach Art eines Fremdkörpers, lange Zeit nach seinem Eindringen noch als gegenwärtig wirkendes Agens gelten muss, und doch der Kranke von diesen Erinnerungen und ihrem Auftauchen kein Bewusstsein hat, so müssen wir zugestehen, dass unbewusste Vorstellungen existiren und wirken.

Wir finden aber solche bei der Analyse der hysterischen Phänomene nicht bloss vereinzelt, sondern müssen anerkennen, dass wirklich, wie die verdienstvollen französischen Forscher gezeigt haben, grosse Complexe von Vorstellungen und verwickelte, folgenreiche psychische Processe bei manchen Kranken völlig unbewusst bleiben und mit dem bewussten psychischen Leben coexistiren; dass eine Spaltung der psychischen Thätigkeit vorkommt, und dass diese fundamentale Wichtigkeit hat für das Verständniss complicirter Hysterien.

Es sei gestattet, auf dieses schwierige und dunkle Gebiet etwas einzugehen; die Nothwendigkeit, den Sinn der gebrauchten Ausdrücke festzustellen, mag die theoretisirende Auseinandersetzung einigermaassen entschuldigen.

V. Unbewusste und bewusstseinsunfähige Vorstellungen. Spaltung der Psyche.

Wir nennen jene Vorstellungen bewusst, von denen wir wissen. Es besteht beim Menschen die wunderbare Thatsache des Selbstbewusstseins; wir können Vorstellungen, die in uns auftauchen und einander folgen, wie Objecte betrachten und beobachten. Dies geschieht nicht immer, da ja zur Selbstbeobachtung selten Anlass ist. Aber es ist eine allen Menschen eigene Fähigkeit, denn jeder sagt: ich habe das und das gedacht. Jene Vorstellungen, die wir als in uns lebendig beobachten oder beobachten würden, wenn wir darauf Acht hätten, nennen wir bewusste. Das sind in jedem Zeitmomente nur sehr wenige; und wenn ausser diesen noch andere actuell sein sollten, müssten wir sie unbewusste Vorstellungen nennen.

Für die Existenz actueller, aber unbewusster oder unterbewusster Vorstellungen zu sprechen, scheint kaum mehr nöthig. Es sind Thatsachen des alltäglichsten Lebens. Wenn ich einen ärztlichen Besuch zu machen vergessen habe, fühle ich lebhafte Unruhe. Ich weiss aus Erfahrung, was diese Empfindung bedeutet: ein Vergessen. Vergebens prüfe ich meine Erinnerungen, ich finde die Ursache nicht, bis sie mir oft nach Stunden plötzlich in's Bewusstsein tritt. Aber die ganze Zeit über bin ich unruhig. Also ist die Vorstellung dieses Besuches immer wirksam, also auch immer vorhanden, aber nicht im Bewusstsein. — Ein beschäftigter Mann hat Morgens einen Verdruss gehabt. Sein Amt nimmt ihn ganz in Anspruch; während der Thätigkeit ist sein bewusstes Denken völlig beschäftigt, und er denkt nicht an seinen Aerger. Aber seine Entscheidungen werden davon beeinflusst, und er sagt wohl Nein, wo er sonst Ja sagen würde. Also ist die Erinnerung trotzdem wirksam, also vorhanden. Ein grosser Theil dessen, was wir Stimmung nennen, stammt aus solcher Quelle, aus Vorstellungen, die unter der Schwelle des Bewusstseins existiren und wirken. — Ja unsere ganze Lebensführung wird fortwährend von unterbewussten Vorstellungen beeinflusst. Wir sehen täglich, wie bei geistigem Verfall, z. B. im Beginn einer Paralyse die Hemmungen schwächer werden und schwinden, die sonst manche Handlungen verhindern. Aber der Paralytiker, der jetzt vor Frauen Zoten spricht, ist in gesunden Tagen davon nicht durch bewusste Erinnerung und Ueberlegung abgehalten worden. Er mied es „instinctiv“ und „automatisch“, d. h. er wurde durch Vorstellungen davon abgehalten, welche der Impuls zu solcher Handlung wachrief, die aber unter der Bewusstseinschwelle blieben und doch den Impuls hemmten. — Alle intuitive Thätigkeit ist geleitet durch Vorstellungen, die grossentheils unterbewusst sind. Es werden eben nur die hellsten, intensivsten Vorstellungen vom Selbstbewusstsein wahrgenommen, während die grosse Masse actueller aber schwächerer Vorstellungen unbewusst bleibt.

Was gegen die Existenz und Wirksamkeit „unbewusster Vorstellungen“ eingewendet wird, erscheint grossentheils als Wortchicane. Gewiss ist „Vorstellung“ ein Wort aus der Terminologie des bewussten Denkens und darum „unbewusste Vorstellung“ ein widerspruchsvoller Ausdruck. Aber der physische Process, welcher der Vorstellung zu Grunde liegt, ist inhaltlich und formal (wenn auch nicht quantitativ) derselbe, ob die Vorstellung über die Schwelle des Bewusstseins tritt oder darunter bleibt. Es genügte, einen Terminus

zu bilden wie etwa „Vorstellungssubstrat“, um den Widerspruch zu meiden und jenem Vorwurf zu entgehen.

Es scheint also kein principielles Hinderniss dafür vorhanden, dass man unbewusste Vorstellungen auch als Ursachen pathologischer Phänomene anerkenne. Aber bei näherem Eingehen in die Sache ergeben sich andere Schwierigkeiten. Wenn sonst die Intensität unbewusster Vorstellungen anwächst, treten sie eo ipso in's Bewusstsein. Sie bleiben unbewusst nur bei geringer Intensität. Es scheint aber schwer einzusehen, wie eine Vorstellung zugleich intensiv genug sein sollte, um z. B. eine lebhafte motorische Action hervorzurufen, und doch nicht genug, um bewusst zu werden.

Ich habe schon oben eine Anschauung erwähnt, welche vielleicht nicht kurz von der Hand gewiesen werden sollte. Die Helligkeit unserer Vorstellungen und damit ihre Fähigkeit, vom Selbstbewusstsein beobachtet zu werden, bewusst zu sein, ist mitbedingt von dem Lust- oder Unlustgefühl, welches sie erwecken, von ihrem Affectwerte. Wenn eine Vorstellung eine lebhafte somatische Folge unmittelbar auslöst, so strömt die Erregung in die betreffende Bahn ab, welche sonst, von ihr ausgehend, im Gehirn sich verbreiten würde, und eben deshalb, weil sie körperliche Folgen hat, weil eine Conversion ihrer psychischen Reizgrösse in somatische stattgefunden hat, verliert sie die Helligkeit, welche sie sonst in dem Strom der Vorstellungen auszeichnen würde; sie verliert sich unter den andern.

Es hat z. B. jemand während des Essens einen heftigen Affect gehabt und nicht „abreagirt“. In der Folge tritt beim Versuch zu essen Würgen und Erbrechen auf, welches dem Kranken als rein körperliches Symptom erscheint. Es besteht durch längere Zeit hysterisches Erbrechen, welches schwindet, nachdem in der Hypnose der Affect erneuert, erzählt und darauf reagirt wurde. Unzweifelhaft ist durch den Versuch zu essen jedesmal jene Erinnerung wachgerufen worden und hat den Brechact ausgelöst. Aber sie tritt nicht klar in's Bewusstsein, weil sie nun affectlos ist, während das Erbrechen die Aufmerksamkeit vollkommen absorbirt.

Es ist denkbar, dass aus diesem Grunde manche Vorstellungen, welche hysterische Phänomene auslösen, nicht als Ursache derselben erkannt werden. Aber ein solches Uebersehen affectlos gewordener, weil convertirter, Vorstellungen kann unmöglich die Ursache davon sein, wenn in anderen Fällen Vorstellungscomplexe nicht in's Bewusstsein treten, welche nichts weniger als affectlos sind. In unseren Krankengeschichten sind mehrfache Beispiele dafür beigebracht.

Bei solchen Kranken ist es Regel, dass die Stimmungsveränderung, Aengstlichkeit, zornige Gereiztheit, Trauer dem Auftreten des somatischen Symptoms vorhergeht oder ihm alsbald folgt, um anzuwachsen, bis entweder durch eine Aussprache die Lösung erfolgt oder Affect und somatische Phänomene allmählich wieder schwinden. Geschah das erstere, so wurde die Qualität des Affectes immer ganz verständlich, wenn auch seine Intensität dem Gesunden und nach der Lösung auch dem Kranken selbst ganz unproportional erscheinen musste. Das sind also Vorstellungen, welche intensiv genug sind, um nicht bloss starke, körperliche Phänomene zu verursachen, sondern auch den zugehörigen Affect hervorzurufen, die Association zu beeinflussen, indem verwandte Gedanken durch sie bevorzugt werden, — und dennoch selbst ausserhalb des Bewusstseins bleiben. Es bedarf der Hypnose, wie in Beobachtung I und II, oder intensiver Nachhilfe des Arztes (Beobachtung IV, V) bei dem mühsamsten Suchen, um sie in's Bewusstsein zu bringen.

Solche Vorstellungen, welche (actuell aber) unbewusst sind, nicht wegen relativ schwacher Lebhaftigkeit, sondern trotz grosser Intensität, mögen wir b e w u s s t s e i n s u n f ä h i g e[1]) Vorstellungen nennen.

Die Existenz solcher bewusstseinsunfähigen Vorstellungen ist pathologisch. Beim Gesunden treten alle Vorstellungen, welche überhaupt actuell werden können, bei genügender Intensität auch in's Bewusstsein. Bei unsern Kranken finden wir neben einander den grossen Complex bewusstseinsfähiger und einen kleineren bewusstseinsunfähiger Vorstellungen. Das Gebiet der vorstellenden psychischen Thätigkeit fällt bei ihnen also nicht zusammen mit dem potentiellen Bewusstsein; sondern dieses ist beschränkter als jenes. Die psychische vorstellende Thätigkeit zerfällt hier in eine bewusste und unbewusste, die Vorstellungen in bewusstseinsfähige und nicht bewusstseinsfähige. Wir können also nicht von einer Spaltung des Bewusstseins sprechen, wohl aber von einer S p a l t u n g d e r P s y c h e.

Umgekehrt sind diese unterbewussten Vorstellungen auch durch das bewusste Denken nicht zu beeinflussen und nicht zu corrigiren. Vielfach handelt es sich um Erlebnisse, die seitdem inhaltlos geworden sind, Furcht vor Ereignissen, die nicht eingetroffen sind,

[1] Der Ausdruck ist nicht eindeutig und lässt darum sehr zu wünschen übrig; aber nach der Analogie von „hoffähig“ gebildet, mag er in Ermanglung eines besseren unterdessen gebraucht werden.

Schrecken, der sich in Gelächter oder Freude über die Rettung aufgelöst hat. Diese Nachfolgen nehmen der Erinnerung für das bewusste Denken jede Affectivität; die unterbewusste Vorstellung, welche somatische Phänomene hervorruft, bleibt davon völlig unberührt.

Es sei gestattet, dafür noch ein Beispiel zu bringen: Eine junge Frau war einige Zeit in lebhafter Sorge um das Schicksal ihrer jüngeren Schwester. Unter diesem Eindrucke verlängerte sich die sonst regelmässige Periode durch zwei Wochen, es trat Schmerzhaftigkeit des linken Hypogastriums auf, und zweimal fand sich Patientin, aus einer „Ohnmacht" erwachend, steif auf dem Boden. Darauf folgte eine linkseitige Ovarie mit Erscheinungen einer schweren Peritonitis. Fieberlosigkeit, Contractur des linken Beines (und des Rückens) kennzeichneten die Erkrankung als Pseudoperitonitis, und als Patientin einige Jahre später starb und obducirt wurde, fand sich nur „kleincystische Degeneration" beider Ovarien ohne Reste einer abgelaufenen Peritonitis. Die schweren Erscheinungen schwanden allmählich und hinterliessen Ovarie, Contractur der Rückenmuskeln, so dass der Rumpf wie ein Balken steif war, und Contractur des linken Beines. Letztere wurde in der Hypnose durch directe Suggestion beseitigt. Die Rückencontractur blieb unbeeinflusst. Unterdessen hatte sich die Angelegenheit der Schwester vollständig geordnet, und jede Befürchtung war geschwunden. Die hysterischen Phänomene aber, die davon abgeleitet werden mussten, bestanden unverändert fort. Die Vermuthung lag nahe, es seien selbständig gewordene Veränderungen der Innervation und nicht mehr an die veranlassende Vorstellung gebunden. Aber als nun in der Hypnose Patientin gezwungen wurde, die ganze Geschichte bis zu ihrer Erkrankung an „Peritonitis" zu erzählen (was sie sehr ungern that), setzte sie sich unmittelbar danach frei im Bette auf, und die Rückencontractur war für immer geschwunden. (Die Ovarie, deren erster Ursprung gewiss viel älter war, blieb unbeeinflusst.) — Es hatte also doch Monate hindurch die pathogene Angstvorstellung wirksam lebendig fortbestanden; und sie war jeder Correctur durch die Ereignisse völlig unzugänglich gewesen.

Müssen wir nun die Existenz von Vorstellungscomplexen anerkennen, welche nie in's wache Bewusstsein treten und durch das bewusste Denken nicht beeinflusst werden, so haben wir damit auch schon für so einfache Hysterien wie die eben geschilderte die Spaltung der Psyche in zwei relativ unabhängige Theile zugegeben. Ich behaupte nicht, dass alles, was man hysterisch nennt, eine solche Spaltung zur Grundlage und Bedingung habe; wohl aber, dass „jene Spaltung der psychischen Thätigkeit, die bei den bekannten Fällen als double conscience so auffällig ist, in rudimentärer Weise bei jeder „grossen" Hysterie bestehe und dass die Fähigkeit und Neigung zu dieser Dissociation das Grundphänomen dieser Neurose sei."

Bevor ich aber in die Discussion dieser Phänomene eingehe, ist noch eine Bemerkung nachzutragen bezüglich der unbewussten Vorstellungen, welche somatische Erscheinungen veranlassen. Wie im

oben erzählten Falle die Contractur, sind ja viele der hysterischen Phänomene von langer continuirlicher Dauer. Sollen und können wir annehmen, dass all die Zeit hindurch die veranlassende Vorstellung immer lebendig, actuell vorhanden sei? Ich glaube: Ja. Gewiss sehen wir beim Gesunden die psychische Thätigkeit mit raschem Wechsel der Vorstellungen sich vollziehen. Aber wir sehen den schwer Melancholischen lange Zeit continuirlich in dieselbe peinliche Vorstellung versunken, die immer lebendig, actuell ist. Ja, wir dürfen wohl glauben, dass auch beim Gesunden eine schwere Sorge immer vorhanden sei, da sie den Gesichtsausdruck beherrscht, selbst wenn das Bewusstsein von anderen Gedanken erfüllt ist. Jener abgetrennte Theil der psychischen Thätigkeit aber, den wir beim Hysterischen von den unbewussten Vorstellungen erfüllt denken, ist meist so ärmlich damit besetzt, so unzugänglich dem Wechsel der äusseren Eindrücke, dass wir glauben können, hier sei einer Vorstellung dauernde Lebhaftigkeit möglich.

Wenn uns, wie Binet und Janet, die Abspaltung eines Theiles der psychischen Thätigkeit im Mittelpunkte der Hysterie zu stehen scheint, so sind wir verpflichtet, über dieses Phänomen möglichst Klarheit zu suchen. Allzuleicht verfällt man in die Denkgewohnheit, hinter einem Substantiv eine Substanz anzunehmen, unter „Bewusstsein“ „conscience“ allmählich ein Ding zu verstehen; und wenn man sich gewöhnt hat, metaphorisch Localbeziehungen zu verwenden, wie „Unterbewusstsein“, so bildet sich mit der Zeit wirklich eine Vorstellung aus, in der die Metapher vergessen ist, und mit der man leicht manipulirt wie mit einer realen. Dann ist die Mythologie fertig.

All unserem Denken drängen sich als Begleiter und Helfer räumliche Vorstellungen auf, und wir sprechen in räumlichen Metaphern. So stellen sich die Bilder von dem Stamm des Baumes, der im Licht steht, und seinen Wurzeln im Dunkel, oder von dem Gebäude und seinem dunkeln Souterrain fast zwingend ein, wenn wir von den Vorstellungen sprechen, die im Gebiet des hellen Bewusstseins sich vorfinden, und den unbewussten, die nie in die Klarheit des Selbstbewusstseins treten. Wenn wir uns aber immer gegenwärtig halten, dass alles Räumliche hier Metapher ist, und uns nicht etwa verleiten lassen, es im Gehirn zu localisiren, so mögen wir immerhin von einem Bewusstsein und einem Unterbewusstsein sprechen. Aber nur mit diesem Vorbehalt.

Wir sind sicher vor der Gefahr, uns von unsern eigenen Redefiguren dupiren zu lassen, wenn wir uns immer daran erinnern, dass es doch dasselbe Gehirn und höchst wahrscheinlich dieselbe Grosshirnrinde ist, in welchen die bewussten wie die unbewussten Vorstellungen entstehen. Wie das möglich, ist nicht zu sagen. Aber wir wissen doch wohl so wenig von der psychischen Thätigkeit der Hirnrinde, dass eine räthselhafte Complication mehr unsere unendliche Unwissenheit kaum noch vergrössert. Die Thatsache müssen wir anerkennen, dass bei Hysterischen ein Theil der psychischen Thätigkeit der Wahrnehmung durch das Selbstbewusstsein der wachen Person unzugänglich und so die Psyche gespalten ist.

Ein allbekannter Fall solcher Theilung der psychischen Thätigkeit ist der hysterische Anfall in manchen seiner Formen und Stadien. In seinem Beginne ist das bewusste Denken oft ganz erloschen; aber dann erwacht es allmählich. Man hört von vielen intelligenten Kranken das Zugeständnis, ihr bewusstes Ich sei während des Anfalles ganz klar gewesen und habe mit Neugier und Verwunderung all das tolle Zeug beobachtet, das sie vornahmen und sprachen. Solche Kranke haben dann auch wohl die (irrige) Meinung, sie hätten mit gutem Willen den Anfall inhibiren können, und sind geneigt, ihn sich als Schuld anzurechnen. „Sie hätten es nicht thun müssen.“ (Auch die Selbstanklagen der Simulation beruhen grossentheils auf dieser Empfindung.) Beim nächsten Anfall vermag dann das bewusste Ich ebenso wenig die Vorgänge zu beherrschen wie beim früheren. — Da steht nun das Denken und Vorstellen des bewussten wachen Ichs neben den Vorstellungen, die, sonst im Dunkel des Unbewussten, nun die Herrschaft über Muskulatur und Sprache, ja auch über einen grossen Theil der vorstellenden Thätigkeit selbst gewonnen haben, und die Spaltung der Psyche ist manifest.

Den Namen einer Spaltung nicht bloss der psychischen Thätigkeit, sondern des Bewusstseins, verdienen aber allerdings die Befunde Binet's und Janet's; bekanntlich ist es diesen Beobachtern gelungen, sich mit dem „Unterbewusstsein“ ihrer Kranken in Verkehr zu setzen, mit jenem Theil der psychischen Thätigkeit, von welchem das bewusste wache Ich nichts weiss; und sie haben daran bei manchen Fällen alle psychischen Functionen, einschliesslich des Selbstbewusstseins, nachgewiesen. Denn es findet sich darin die Erinnerung an frühere psychische Vorgänge. Diese halbe Psyche ist also eine ganz vollständige, in sich bewusste. Der abgespaltene Theil der Psyche ist bei unseren Fällen „in die Finsternis gebracht“, wie die Titanen in den Schlund des Aetna

gebannt sind, die Erde erschüttern mögen, aber nie im Lichte erscheinen. In den Fällen Janet's hat eine völlige Theilung des Reiches stattgefunden. Noch mit einem Rangunterschied. Aber auch dieser schwindet, wenn die beiden Bewusstseinshälften alterniren wie in den bekannten Fällen von Double conscience und sich an Leistungfähigkeit nicht unterscheiden.

Doch kehren wir zu jenen Vorstellungen zurück, die wir bei unsern Kranken als Ursachen ihrer hysterischen Phänomene nachgewiesen haben. Es fehlt viel daran, dass wir alle geradezu „unbewusst“ und „bewusstseinsunfähig“ nennen könnten. Von der vollkommen bewussten Vorstellung, welche einen ungewöhnlichen Reflex auslöst, bis zu jener, die niemals im Wachen, sondern nur in der Hypnose in's Bewusstsein tritt, geht eine kaum unterbrochene Stufenleiter durch alle Grade der Schattenhaftigkeit und Unklarheit. Trotzdem halten wir den Nachweis erbracht, dass in höhern Graden von Hysterie die Spaltung der psychischen Thätigkeit besteht, und sie allein scheint eine psychische Theorie der Krankheit möglich zu machen.

Was lässt sich nun über Ursache und Entstehung dieses Phänomens mit Wahrscheinlichkeit aussagen oder vermuthen?

P. Janet, dem die Lehre von der Hysterie so ungemein viel verdankt, und mit dem wir in den meisten Punkten übereinstimmen, hat hierüber eine Anschauung entwickelt, die wir nicht zur unserigen machen können:

Janet hält dafür, die „Spaltung der Persönlichkeit“ beruhe auf einer originären geistigen Schwäche (insuffisance psychologique); alle normale geistige Thätigkeit setze eine gewisse Fähigkeit der „Synthese“ voraus, die Möglichkeit, mehrere Vorstellungen zu einem Complexe zu verbinden. Solche synthetische Thätigkeit sei schon die Verschmelzung der verschiedenen Sinneswahrnehmungen zu einem Bilde der Umgebung; diese Leistung der Psyche finde man bei Hysterischen tief unter der Norm stehend. Ein normaler Mensch werde wohl, wenn seine Aufmerksamkeit maximal auf einen Punkt, z. B. auf die Wahrnehmung mittelst eines Sinnes gerichtet ist, vorübergehend die Fähigkeit verlieren, Eindrücke der andern Sinne zu appercipiren, d. h. ins bewusste Denken aufzunehmen. Bei den Hysterischen sei das der Fall, ohne jede besondere Concentration der Aufmerksamkeit. Percipiren sie irgend etwas, so sind sie für die andern Sinneswahrnehmungen unzugänglich. Ja sie seien nicht einmal im Stande, auch nur die Eindrücke eines Sinnes gesammelt aufzufassen; sie können z. B. nur die

Tastwahrnehmungen einer Körperhälfte appercipiren; die der andern Seite gelangen in's Centrum, werden für Bewegungscoordination verwertet, aber nicht appercipirt. Ein solcher Mensch ist hemianästhetisch.

Beim normalen Menschen ruft eine Vorstellung eine grosse Menge anderer associativ in's Bewusstsein, welche zu der ersten z. B. unterstützend oder hemmend in ein Verhältnis treten, und nur maximal lebhafte Vorstellungen sind wohl so überstark, dass die Associationen unter der Schwelle des Bewusstseins bleiben. Bei den Hysterischen sei das immer der Fall. Jede Vorstellung nehme die ganze, geringe, geistige Thätigkeit in Beschlag; das bedinge die übergrosse Affectivität der Kranken.

Diese Eigenschaft ihrer Psyche bezeichnet Janet mit dem Namen der „Einengung des Bewusstseinsfeldes" der Hysterischen, in Analogie mit der „Einengung des Gesichtsfeldes". Die nicht appercipirten Sinneseindrücke und die erweckten, aber nicht in's Bewusstsein getretenen Vorstellungen erlöschen meist ohne weitere Folgen, manchmal aber aggregiren sie und bilden Complexe: die dem Bewusstsein entzogene psychische Schichte, das Unterbewusstsein.

Die Hysterie, wesentlich beruhend auf dieser Spaltung der Psyche, sei „une maladie de faiblesse"; und darum entwickelte sie sich am ehesten, wenn auf die originär schwache Psyche weitere schwächende Einflüsse wirken oder hohe Ansprüche gestellt werden, welchen gegenüber die geistige Kraft noch geringer erscheint.

In dieser Darlegung seiner Anschauungen hat Janet auch schon die wichtige Frage nach der Disposition zur Hysterie beantwortet; nach dem Typus hystericus (dieses Wort in demselben Sinne genommen, wie man vom Typus phtisicus spricht und darunter den langen, schmalen Thorax, das kleine Herz u. s. w. versteht). Janet hält eine bestimmte Form angeborener geistiger Schwäche für die Disposition zur Hysterie. Dem gegenüber möchten wir unsere Anschauung kurz im folgenden formuliren: Die Spaltung des Bewusstseins tritt nicht ein, weil die Kranken schwachsinnig sind, sondern die Kranken erscheinen schwachsinnig, weil ihre psychische Thätigkeit getheilt ist und dem bewussten Denken nur ein Theil der Leistungsfähigkeit zur Verfügung steht. Als Typus hystericus, als Inbegriff der Disposition zu Hysterie können wir geistige Schwäche nicht ansehen.

Was mit dem ersteren Satze gemeint ist, mag ein Beispiel erläutern. Vielemale konnten wir bei einer unserer Kranken (Frau

Cäcilie M.) den folgenden Verlauf beobachten: In relativem Wohlsein trat ein hysterisches Symptom auf: eine quälende, obsedirende Hallucination, eine Neuralgie o. dgl., deren Intensität durch einige Zeit zunahm. Damit zugleich nahm die geistige Leistungsfähigkeit continuirlich ab, und nach einigen Tagen musste jeder uneingeweihte Beobachter die Kranke schwachsinnig nennen. Dann wurde sie von der unbewussten Vorstellung (der Erinnerung an ein oft längst vergangenes psychisches Trauma) entbunden; entweder durch den Arzt in der Hypnose oder dadurch, dass sie plötzlich in einem Aufregungszustand unter lebhaftem Affect die Sache erzählte. Dann wurde sie nicht bloss ruhig und heiter, befreit von dem quälenden Symptom, sondern immer wieder war man erstaunt über den reichen, klaren Intellect, die Schärfe ihres Verstandes und Urtheils. Mit Vorliebe spielte sie (vortrefflich) Schach, und gerne zwei Partien zugleich, was wohl kaum ein Zeichen mangelnder geistiger Synthese ist. Der Eindruck war unabweisbar, dass in solchem Verlauf die unbewusste Vorstellung einen immer wachsenden Theil der psychischen Thätigkeit an sich reisse, dass, je mehr das geschehe, desto kleiner der Antheil des bewussten Denkens werde, bis dieses zur vollen Imbecillität herabsinke; dass sie aber, wenn sie nach dem merkwürdig treffenden Wiener Ausdruck, „beisammen" war, eine eminente geistige Leistungsfähigkeit besitze.

Wir möchten zum Vergleiche von den Zuständen der Normalen nicht die Concentration der Aufmerksamkeit herbeiziehen, sondern die Präoccupation. Wenn ein Mensch durch eine lebhafte Vorstellung, z. B. eine Sorge „präoccupirt" ist, wird seine geistige Leistungsfähigkeit in ähnlicher Weise herabgesetzt.

Jeder Beobachter steht überwiegend unter dem Einfluss seiner Beobachtungsobjecte, und wir möchten glauben, dass sich Janet's Auffassung wesentlich in dem eingehenden Studium jener schwachsinnigen Hysterischen gebildet hat, die im Spitale oder Versorgungshaus sind, weil sie ihrer Krankheit und ihrer dadurch bedingten geistigen Schwäche halber sich im Leben nicht halten können. Unsere Beobachtung gebildeter Hysterischer zwingt uns zu einer wesentlich anderen Meinung von ihrer Psyche. Wir glauben, „dass man unter den Hysterischen die geistig klarsten, willensstärksten, charaktervollsten und kritischesten Menschen finden kann". Kein Maass wirklicher, tüchtiger, psychischer Begabung ist durch Hysterie ausgeschlossen, wenn auch oft durch die Krankheit die reale Leistung unmöglich wird. War ja

auch die Schutzheilige der Hysterie, St. Theresa, eine geniale Frau von der grössten praktischen Tüchtigkeit.

Aber freilich, auch kein Ausmass von Albernheit, Unbrauchbarkeit und Willensschwäche sichert vor Hysterie. Auch wenn man von all dem absieht, was erst Folge der Krankheit ist, muss man den Typus der schwachsinnigen Hysterischen als einen häufigen anerkennen. Nur handelt es sich auch hier nicht um torpide, phlegmatische Dummheit, sondern mehr um einen überhohen Grad geistiger Beweglichkeit, welche untüchtig macht. Ich werde später die Frage nach der originären Disposition besprechen. Hier soll nur festgestellt werden, dass die Meinung Janet's, geistige Schwäche liege überhaupt der Hysterie und der psychischen Spaltung zu Grunde, unannehmbar ist.

Im vollen Gegensatz zu Janet's Ansicht meine ich, in sehr vielen Fällen liege der Desaggregation eine psychische Ueberleistung zu Grunde, die habituelle Coexistenz zweier heterogenen Vorstellungsreihen. Es ist oft darauf hingewiesen worden, dass wir häufig nicht bloss „mechanisch“ thätig sind, während in unserem bewussten Denken Vorstellungsreihen ablaufen, die mit unserer Thätigkeit nichts gemein haben; sondern wir sind auch unzweifelhafter psychischer Leistungen fähig, während unsere Gedanken „anderswo beschäftigt“ sind; wie z. B. wenn wir correct und mit dem entsprechenden Tonfall vorlesen und doch dann absolut nicht wissen, was wir gelesen haben.

Es gibt wohl eine ganze Menge von Thätigkeiten, von den mechanischen wie Stricken, Skalenspielen an bis zu solchen, die immerhin einige seelische Leistung bedingen, welche alle von vielen Menschen mit halber Präsenz des Geistes geleistet werden. Besonders von solchen, die, bei grosser Lebhaftigkeit, durch monotone, einfache, reizlose Beschäftigung gequält werden und sich anfangs geradezu absichtlich die Unterhaltung verschaffen, an anderes zu denken. („Privattheater“ bei Anna O., Krankengeschichte Nr. I.) Ein anderer, aber ähnlicher Fall besteht, wenn eine interessante Vorstellungsreihe, z. B. aus Lecture, Theater u. dgl. stammend, sich auf- und eindrängt. Noch energischer ist dieses Eindrängen, wenn die fremde Vorstellungsreihe stark „affectiv betont“ ist, als Sorge, verliebte Sehnsucht. Dann ist der oben berührte Zustand der Präoccupation gegeben, der aber viele Menschen nicht hindert, Leistungen von mässiger Complicirtheit dennoch zu Stande zu bringen. Sociale Verhältnisse erzwingen oft solche Verdoppelungen auch intensiven Denkens, wie z. B. wenn eine Frau in quälender Sorge oder leidenschaftlicher Aufregung ihre ge-

selligen Pflichten und die Functionen der liebenswürdigen Wirthin erfüllt. Geringere Leistungen dieser Art bringen wir alle im Berufe fertig; aber die Selbstbeobachtung scheint auch jedem zu ergeben, dass die affective Vorstellungsgruppe nicht associatorisch dann und wann erweckt wird, sondern fortwährend actuell in der Psyche vorhanden ist, in's Bewusstsein tretend, sowie kein lebhafter äusserer Eindruck oder Willensact dasselbe in Beschlag nimmt.

Auch bei Menschen, die nicht habituell Wachträume neben der gewöhnlichen Thätigkeit einherfliessen lassen, bedingen manche Situationen durch grössere Zeiträume hindurch ein solches Nebeneinander der wechselnden Eindrücke und Reactionen des äusseren Lebens und einer affectiv betonten Vorstellungsgruppe. Post equitem sedet atra cura. Solche Situationen sind vor anderen die Krankenpflege theurer Menschen und die Liebesneigung. Erfahrungsgemäss spielen Krankenpflege und Sexualaffect auch die Hauptrolle in den meisten genauer analysirten Krankengeschichten Hysterischer.

Ich vermuthe, dass die habituelle oder durch affectvolle Lebenslagen bedingte Verdoppelung der psychischen Fähigkeit zur wirklichen, pathologischen Spaltung der Psyche wesentlich *disponire*. Sie geht in diese über, wenn die beiden coexistirenden Vorstellungsreihen nicht mehr gleichartigen Inhalt haben, wenn die eine davon bewusstseins-unfähige Vorstellungen enthält: abgewehrte und solche, die aus hypnoiden Zuständen stammen. Dann ist das Confluiren der beiden zeitweise getrennten Ströme, das beim Gesunden immer wieder statthat, unmöglich, und es etablirt sich dauernd ein abgespaltenes Gebiet unbewusster psychischer Thätigkeit. Diese hysterische Spaltung der Psyche verhält sich zu dem „Doppel-Ich" des Gesunden wie das Hypnoid zu der normalen Träumerei. Hier bedingt die Amnesie die pathologische Qualität und dort die Bewusstseinsunfähigkeit der Vorstellungen.

Die Beobachtung I (Anna O.), auf die ich immer zurückkommen muss, gewährt klaren Einblick in den Hergang. Das Mädchen war, in voller Gesundheit, gewöhnt, neben ihren Beschäftigungen phantastische Vorstellungsreihen einherfliessen zu lassen. In einer für die Autohypnose günstigen Situation tritt der Angstaffect in die Träumerei ein und schafft ein Hypnoid, für welches Amnesie besteht. Dies wiederholt sich bei verschiedenen Gelegenheiten, sein Vorstellungsinhalt wird allmählich immer reicher; aber noch immer alternirt es mit dem Zustande vollkommen normalen wachen Denkens.

Nach 4 Monaten bemächtigt sich der Hypnoidzustand der Kranken vollständig; indem die einzelnen Attaquen confluiren, bildet sich ein état de mal, eine schwerste acute Hysterie. Nach mehrmonatlicher Dauer in verschiedenen Formen (somnambule Periode) wird er gewaltsam unterbrochen und alternirt nun wieder mit normalem psychischen Verhalten. Aber auch in diesem persistiren die somatischen und psychischen Phänomene, von denen wir hier wissen, dass sie auf Vorstellungen des Hypnoids beruhen (Contractur, Hemianästhesie Aenderung der Sprache). Dadurch ist bewiesen, dass auch während des normalen Verhaltens der Vorstellungscomplex des Hypnoids, das „Unterbewusstsein", actuell ist, dass die Spaltung der Psyche fortbesteht.

Ein zweites Beispiel solcher Entwicklung kann ich nicht beibringen. Ich glaube aber, dass dieses einiges Licht auf die Ausbildung der traumatischen Neurose wirft. Bei dieser wiederholt sich in den ersten Tagen nach dem Unfall mit der Erinnerung an diesen das Schreckhypnoid; während dies immer häufiger geschieht, nimmt seine Intensität doch so weit ab, dass es nicht mehr mit dem wachen Denken alternirt, sondern nur neben ihm besteht. Nun wird es continuirlich, und die somatischen Symptome, welche früher nur im Schreckanfall bestanden, gewinnen eine dauernde Existenz. Ich kann aber nur vermuthen, dass es so zugehe, da ich keinen solchen Fall analysirt habe.

Die Beobachtungen und Analysen Freud's beweisen, dass die Spaltung der Psyche auch durch die „Abwehr", durch die willkürliche Abwendung des Bewusstseins von peinlichen Vorstellungen bedingt sein kann. Aber doch nur bei manchen Menschen, denen wir deshalb eine psychische Eigenart zuschreiben müssen. Bei normalen Menschen gelingt die Unterdrückung solcher Vorstellungen, und dann schwinden sie vollständig, oder sie gelingt nicht, und dann tauchen sie immer wieder im Bewusstsein auf. Worin jene Eigenart besteht, weiss ich nicht zu sagen. Ich wage nur die Vermuthung, es sei die Hilfe des Hypnoids nothwendig, wenn durch die Abwehr nicht bloss einzelne convertirte Vorstellungen zu unbewussten gemacht werden, sondern eine wirkliche Spaltung der Psyche vollzogen werden soll. Die Autohypnose schaffte sozusagen den Raum, das Gebiet unbewusster psychischer Thätigkeit, in welches die abgewehrten Vorstellungen hineingedrängt werden. Doch wie dem auch sei, die Thatsache von der pathogenen Bedeutung der „Abwehr" müssen wir anerkennen.

Ich glaube aber nicht, dass mit den besprochenen, halbwegs verständlichen Vorgängen die Genese der psychischen Spaltung auch nur annähernd erschöpft wäre. So lassen beginnende Hysterien höhern Grades meist einige Zeit hindurch ein Syndrom beobachten, das man wohl als acute Hysterie bezeichnen darf. (In den Anamnesen männlicher Hysteriker begegnet man dieser Form der Erkrankung gewöhnlich unter dem Namen: Gehirnentzündung; bei weiblichen Hysterien gibt die Ovarie dabei Anlass zu der Diagnose: Bauchfellentzündung.)

In diesem acuten Stadium der Hysterie sind psychotische Züge sehr deutlich; manische und zornige Aufregungszustände, rascher Wechsel hysterischer Phänomene, Hallucinationen u. dgl. m. In solchem Zustand mag die Spaltung der Psyche vielleicht in anderer Weise erfolgen, als wir oben darzulegen suchten.

Vielleicht ist dieses ganze Stadium als ein langer hypnoider Zustand zu betrachten, dessen Residuen den Kern des unbewussten Vorstellungscomplexes abgeben, während das wache Denken dafür amnestisch ist. Da uns die Entstehungsbedingungen einer solchen acuten Hysterie meist nicht bekannt sind (ich wage nicht, den Hergang bei Anna O. für den allgemein giltigen zu halten), so wäre das eine weitere, im Gegensatz zu den oben erörterten, irrational zu nennende Art der psychischen Spaltung[1]). Und so werden gewiss noch andere, Arten dieses Vorganges existiren, die sich der jungen psychologischen Erkenntniss noch entzogen haben. Denn gewiss haben wir nur die ersten Schritte auf diesem Gebiete gemacht und werden weitere Erfahrungen die heutigen Anschauungen wesentlich umgestalten.

Fragen wir nun, was die in den letzten Jahren gewonnene Kenntniss der psychischen Spaltung für das Verständniss der Hysterie geleistet hat. Es scheint viel und Bedeutungsvolles zu sein.

Diese Erkenntniss ermöglicht, scheinbar rein somatische Symptome auf Vorstellungen zurückzuführen, die aber im Bewusstsein der Kranken nicht zu finden sind. Es ist überflüssig, nochmals hierauf einzugehen.

---

[1] Ich muss aber bemerken, dass gerade in dem bestbekannten und durchsichtigsten Fall grosser Hysterie mit manifester double conscience, eben bei Anna O. (Beobachtung I), kein Rest aus dem acuten Stadium in das chronische hinübergetragen wurde und alle Phänomene des letzteren schon in der „Incubationszeit“ in Hypnoiden und Affectzuständen erzeugt worden waren.

Sie hat den Anfall als eine Leistung des unbewussten Vorstellungscomplexes mindestens theilweise verstehen gelehrt (Charcot).

Sie erklärt aber auch manche der psychischen Eigenthümlichkeiten der Hysterie, und dieser Punkt verdient vielleicht eingehendere Besprechung.

Die „unbewussten Vorstellungen" treten zwar nie oder doch nur selten und schwer in das wache Denken, aber sie beeinflussen es. Erstens durch ihre Wirkungen, wenn z. B. eine völlig unverständliche, sinnlose Hallucination den Kranken peinigt, deren Bedeutung und Motivirung in der Hypnose klar wird.

Dann beeinflussen sie die Association, indem sie einzelne Vorstellungen lebhafter werden lassen, als sie ohne diese aus dem Unbewussten stammende Verstärkung wären. So drängen sich dann den Kranken mit einem gewissen Zwange immer bestimmte Vorstellungsgruppen auf, an die sie denken müssen. (Aehnlich ist es, wenn Janet's Hemianästhetische zwar die wiederholte Berührung ihrer empfindungslosen Hand nicht fühlen, aber aufgefordert, eine beliebige Zahl zu nennen, immer jene wählen, welche der Zahl der Berührungen entspricht.) Weiters beherrschen sie die Gemüthslage, die Stimmung. Wenn sich Anna O. bei Abwicklung ihrer Erinnerungen einem Vorgang näherte, der ursprünglich mit lebhaftem Affect verbunden gewesen war, so trat die entsprechende Gemüthsstimmung schon Tage vorher auf, ehe die Erinnerung auch nur in dem hypnotischen Bewusstsein klar erschien.

Dies macht uns die „Launen", die unerklärlichen, unbegründeten, für das wache Denken motivlosen Verstimmungen der Kranken verständlich. Die Impressionabilität der Hysterischen ist ja grossentheils einfach durch ihre originäre Erregbarkeit bedingt; aber die lebhaften Affecte, in die sie durch relativ geringfügige Ursachen gerathen, werden begreiflicher, wenn wir bedenken, dass die „abgespaltene Psyche" wirkt wie ein Resonator auf den Ton der Stimmgabel. Jedes Vorkommniss, welches „unbewusste" Erinnerungen erregt, macht die ganze affective Kraft dieser nicht usurirten Vorstellungen frei, und der hervorgerufene Affect steht dann ganz ausser Verhältniss zu jenem, der in der bewussten Psyche allein entstanden wäre.

Es wurde oben (p. 203) von einer Kranken berichtet, deren psychische Leistung immer im umgekehrten Verhältniss zu der Lebhaftigkeit ihrer unbewussten Vorstellungen steht. Die Herabsetzung ihres bewussten Denkens beruht theilweise, aber nur theilweise, auf einer

eigenthümlichen Art von Zerstreutheit; nach jeder momentanen „Absence", wie solche fortwährend eintreten, weiss sie nicht, an was sie während derselben gedacht hat. Sie oscillirt zwischen der „condition prime" und „seconde", zwischen dem bewussten und dem unbewussten Vorstellungscomplex. Aber nicht bloss dadurch ist ihre psychische Leistung herabgesetzt und auch nicht bloss durch den Affect, der vom Unbewussten aus sie beherrscht. Ihr waches Denken ist in solchem Zustand energielos, ihr Urtheil kindisch, sie scheint, wie gesagt, geradezu imbecill. Ich meine, das sei darin begründet, dass dem wachen Denken eine geringere Energie zur Verfügung steht, wenn eine grosse Menge der psychischen Erregung vom Unbewussten in Beschlag genommen ist.

Wenn das nun nicht bloss temporär der Fall ist, wenn die abgespaltene Psyche fortwährend in Erregung ist, wie bei Janet's Hemianästhetischen, bei denen sogar alle Empfindungen der einen Körperhälfte nur von der unbewussten Psyche percipirt werden, so bleibt für das wache Denken so wenig von der Gehirnleistung übrig, dass sich dadurch die psychische Schwäche vollauf erklärt, die Janet schildert und für originär hält. Wohl von den wenigsten Menschen dürfte man sagen wie von Uhland's Bertrand de Born, „dass ihnen nie mehr als die Hälfte ihres Geistes nöthig sei". Die allermeisten sind bei solcher Reduction ihrer psychischen Energie eben schwachsinnig.

Auf dieser, durch die psychische Spaltung bedingten geistigen Schwäche scheint nun auch eine folgenreiche Eigenschaft mancher Hysterischen zu beruhen, ihre Suggestibilität. (Ich sage, „mancher Hysterischen", denn es ist sicher, dass man unter den Kranken dieser Art auch die urtheilssichersten, kritischesten Menschen findet.)

Wir verstehen unter Suggestibilität zunächst nur die Kritiklosigkeit gegen Vorstellungen und Vorstellungscomplexe (Urtheile), welche im eigenen Bewusstsein auftauchen oder von aussen in dasselbe eingeführt werden, durch Hören fremder Rede oder Lectüre. Alle Kritik solcher frisch in's Bewusstsein tretender Vorstellungen beruht darauf, dass sie associativ andere erwecken, und darunter auch solche, die mit ihnen unvereinbar sind. Der Widerstand gegen sie ist also abhängig von dem Besitz des potentiellen Bewusstseins an solchen widerstrebenden Vorstellungen, und seine Stärke entspricht dem Verhältniss zwischen der Lebhaftigkeit der frischen Vorstellungen und der aus der Erinnerung erweckten. Dieses Verhältniss ist auch

bei normalen Intellecten sehr verschieden. Was wir intellectuelles Temperament nennen, hängt grossentheils davon ab. Der Sanguiniker, den neue Menschen und Dinge immer entzücken, ist wohl so, weil die Intensität seiner Erinnerungsbilder im Vergleich mit jener der neuen Eindrücke geringer ist als bei den ruhigeren, „phlegmatischen" Menschen. In pathologischen Zuständen wächst das Uebergewicht frischer Vorstellungen und die Widerstandslosigkeit gegen solche um so mehr, je weniger Erinnerungsbilder erweckt werden, also je schwächer und ärmer die Association ist; so schon im Schlaf und Traum, in der Hypnose, bei jedem Abnehmen der geistigen Energie, so lange es nicht auch die Lebhaftigkeit der frischen Vorstellungen schädigt.

Die unbewusste, gespaltene Psyche der Hysterie ist eminent suggestibel, der Armut und Unvollständigkeit ihres Vorstellungsinhaltes wegen. Aber auch die Suggestibilität der bewussten Psyche mancher Hysterischen scheint hierauf zu beruhen. Ihrer originären Anlage nach sind sie erregbar; frische Vorstellungen sind bei ihnen von grosser Lebhaftigkeit. Dagegen ist die eigentliche intellectuelle Thätigkeit, die Association, herabgesetzt, weil dem wachen Denken, der Abspaltung eines „Unbewussten" wegen, nur ein Theil der psychischen Energie zur Verfügung steht.

Damit ist ihre Widerstandsfähigkeit gegen Auto- wie Fremdsuggestionen vermindert und manchmal vernichtet. Auch die Suggestibilität ihres Willens dürfte hieraus allein entspringen. Die hallucinatorische Suggestibilität dagegen, welche jede Vorstellung einer Sinneswahrnehmung alsbald in die Wahrnehmung selbst verwandelt, erfordert, wie jede Hallucination, einen abnormen Grad von Erregbarkeit des Perceptionsorganes und lässt sich aus der psychischen Spaltung allein nicht ableiten.

VI. Originäre Disposition; Entwicklung der Hysterie.

Fast auf jeder Stufe dieser Darlegungen habe ich anerkennen müssen, dass die meisten Erscheinungen, um deren Verständnis wir uns bemühen, auch auf angeborener Eigenart beruhen können. Diese entzieht sich jeder Erklärung, welche über die Constatirung der Thatsachen hinausgehen wollte. Aber auch die Fähigkeit, Hysterie zu acquiriren, ist gewiss an eine Eigenart der Menschen gebunden, und der Versuch wäre vielleicht nicht ganz wertlos, diese etwas genauer zu definiren.

Ich habe oben auseinandergesetzt, warum die Anschauung Janet's unannehmbar ist: Die Disposition zur Hysterie beruhe auf angeborener psychischer Schwäche. Der Praktiker, der als Hausarzt die Glieder hysterischer Familien in allen Altersstufen beobachtet, wird gewiss eher geneigt sein, diese Disposition in einem Ueberschuss als in einem Defect zu suchen. Die Adolescenten, welche später hysterisch werden, sind vor ihrer Erkrankung meist lebhaft, begabt, voll geistiger Interessen; ihre Willensenergie ist oft bemerkenswert. Zu ihnen gehören jene Mädchen, die Nachts aufstehen, um heimlich irgend ein Studium zu treiben, das ihnen die Eltern aus Furcht vor Ueberanstrengung versagten. Die Fähigkeit besonnenen Urtheils ist gewiss ihnen nicht reichlicher gegeben als anderen Menschen. Aber selten findet man unter ihnen einfache, stumpfe Geistesträgheit und Dummheit. Die überströmende Productivität ihrer Psyche brachte einen meiner Freunde zu der Behauptung: die Hysterischen seien die Blüte der Menschheit, freilich so steril, aber auch so schön wie die gefüllten Blumen.

Ihre Lebhaftigkeit und Unrast, ihr Bedürfnis nach Sensationen und geistiger Thätigkeit, ihre Unfähigkeit, Monotonie und Langweile zu ertragen, lassen sich so formuliren: sie gehörten zu jenen Menschen, deren Nervensystem in der Ruhe ein Uebermaass von Erregung frei macht, welches Verwendung fordert (s. pag. 172). Während und infolge der Pubertätsentwicklung tritt zu dem originären Ueberschuss noch jene gewaltige Steigerung der Erregung, welche von der erwachenden Sexualität, von den Geschlechtsdrüsen ausgeht. Nun ist ein übergrosses Quantum freier nervöser Erregung verfügbar für pathologische Phänomene: aber, damit diese in Form hysterischer Krankheitserscheinungen auftreten, dazu braucht es offenbar noch einer anderen, specifischen Eigenart des Individuums. Denn die grosse Mehrzahl der lebhaften, erregten Menschen wird ja doch nicht hysterisch.

Diese Eigenart konnte ich oben nur mit dem vagen und inhaltsarmen Worte: „abnorme Erregbarkeit des Nervensystems“ bezeichnen. Man kann aber doch vielleicht weiter gehen und sagen: diese Abnormität liege eben darin, dass bei solchen Menschen in die Nervenapparate der Empfindung, welche de norma nur peripheren Reizen zugänglich sind, und in diejenigen der vegetativen Organe, welche durch starke Widerstände vom Centralnervensystem isolirt sind, die Erregung des Centralorgans einströmen kann. Diese Vorstellung von dem immer vorhandenen Erregungsüberschuss, welchem die sensiblen, vasomotorischen und visceralen Apparate zugänglich sind, kann vielleicht schon einige pathologische Phänomene decken.

Sowie bei so beschaffenen Menschen die Aufmerksamkeit gewaltsam auf einen Köpertheil concentrirt wird, übersteigt die „attentionelle Bahnung“ (Exner) der betreffenden sensiblen Leitung das normale Maass; die freie, flottirende Erregung versetzt sich, so zu sagen, auf diese Bahn, und es entsteht die locale Hyperalgesie, welche es verursacht, dass alle, irgendwie bedingten, Schmerzen maximal intensiv werden, dass alle Leiden „furchtbar“ und „unerträglich“ sind. Aber die Erregungsquantität, welche einmal eine sensible Bahn besetzt hat, verlässt sie nicht immer wieder wie beim normalen Menschen; sie verharrt nicht bloss, sondern vermehrt sich durch Zuströmen immer neuer Erregungen. So entwickelt sich nach einem leichten Gelenkstrauma eine Gelenksneurose; die Schmerzempfindungen der Ovarialschwellung werden zur dauernden Ovarie.

Die Nervenapparate der Circulation sind dem cerebralen Einfluss zugänglicher als beim Normalen: es besteht nervöses Herzklopfen, Neigung zur Synkope, excessives Erröthen und Erblassen u. s. f.

Aber allerdings nicht bloss centralen Einflüssen gegenüber sind die peripheren nervösen Apparate leichter erregbar: sie reagiren auch auf die adäquaten, functionellen Reize in excessiver und perverser Weise. Das Herzklopfen folgt mässiger Anstrengung wie gemütlicher Aufregung, und die Vasomotoren bringen Arterien zur Contraction („absterbende Finger“) ohne allen psychischen Einfluss. Und gerade wie einem leichten Trauma die Gelenksneurose folgt, so hinterlässt eine kurze Bronchitis nervöses Asthma und eine Indigestion häufige Cardialgie. So müssen wir anerkennen, dass die Zugänglichkeit für Erregungssummen centralen Ursprungs nur ein Specialfall der allgemeinen abnormen Erregbarkeit ist,[1] wenn auch der für unser Thema wichtigste.

Ich glaube darum auch nicht, dass die alte „Reflextheorie“ dieser Symptome, die man vielleicht besser einfach „nervöse“ nennen würde, die aber zu dem empirischen Krankheitsbilde der Hysterie gehören, ganz zu verwerfen ist. Das Erbrechen, das ja die Dehnung des graviden Uterus begleitet, kann bei abnormer Erregbarkeit ganz wohl von geringfügigen uterinen Reizen reflectorisch ausgelöst werden; ja vielleicht auch von den wechselnden Schwellungen der Ovarien. Wir kennen so viele Fernwirkungen von Organveränderungen, so viele sonderbar „conjugirte Punkte“, dass es nicht abzuweisen ist, eine Menge nervöser Symptome, welche das einemal psychisch bedingt sind, möchten in anderen Fällen

---

[1] Oppenheim's „Labilität der Molecüle“.

reflectorische Fernwirkungen sein. Ja, ich wage die höchst unmoderne Ketzerei, es könnte doch einmal auch die Bewegungsschwäche eines Beines nicht psychisch, sondern direct reflectorisch durch eine Genitalkrankheit bedingt sein. Ich meine, wir thun gut, unsere neuen Einsichten nicht allzu ausschliesslich gelten zu lassen und für alle Fälle zu generalisiren.

Andere Formen abnormer sensibler Erregbarkeit entziehen sich unserem Verständnisse noch vollständig; so die allgemeine Analgesie, die anästhetischen Plaques, die reale Gesichtsfeldeinengung u. dgl. m. Es ist möglich und vielleicht wahrscheinlich, dass weitere Beobachtungen den psychischen Ursprung des einen oder anderen dieser Stigmen nachweisen und damit das Symptom erklären werden; bisher ist das nicht geschehen; (ich wage nicht, die Anhaltspunkte, welche unsere Beobachtung I gibt, zu verallgemeinern), und ich halte es nicht für gerechtfertigt, bevor eine solche Ableitung gelungen ist, sie zu präsumiren.

Dagegen scheint die bezeichnete Eigenart des Nervensystems und der Psyche einige allbekannte Eigenschaften vieler Hysterischen zu erklären. Der Ueberschuss von Erregung, welchen ihr Nervensystem in der Ruhe frei macht bedingt ihre Unfähigkeit, ein monotones Leben und Langweile zu ertragen; ihr Sensationsbedürfniss, welches sie dazu treibt, nach Ausbruch der Krankheit die Eintönigkeit der Krankenexistenz durch allerlei „Ereignisse“ zu unterbrechen, als welche sich naturgemäss vor allem pathologische Phänomene darbieten. Die Autosuggestion unterstützt sie darin oft. Sie werden darin immer weiter geführt durch ihr Krankheitsbedürfniss, jenen merkwürdigen Zug, der für die Hysterie so pathognomonisch ist, wie die Krankheitsfurcht für die Hypochondrie. Ich kenne eine Hysterica, welche ihre oft recht bedeutenden Selbstbeschädigungen nur für den eigenen Gebrauch vornahm, ohne dass Umgebung und Arzt davon erfuhren. Wenn nichts anderes, so vollzog sie, allein im Zimmer, allerlei Unfug, nur um sich selbst zu beweisen, sie sei nicht normal. Sie hat eben ein deutliches Gefühl ihrer Krankhaftigkeit, erfüllt ihre Pflichten ungenügend und schafft sich durch solche Acte die Rechtfertigung vor sich selbst. Eine andere Kranke, eine schwerleidende Frau von krankhafter Gewissenhaftigkeit und voll Misstrauen gegen sich selbst, empfindet jedes hysterische Phänomen als Schuld; „weil sie das ja wohl nicht haben müsste, wenn sie nur ordentlich wollte“. Als die Parese ihrer Beine irrigerweise für eine spinale Krankheit erklärt wurde, empfand sie das

als eine Erlösung, und die Erklärung, es sei „nur nervös" und werde vergehen, genügte, um ihr schwere Gewissensangst zu erzeugen. Das Krankheitsbedürfniss entspringt der Sehnsucht der Patientin, sich und andere von der Realität ihrer Krankheit zu überzeugen. Wenn es sich dann zu der Pein gesellt, welche durch die Monotonie des Krankenzimmers bedingt wird, so entwickelt sich die Neigung, immer neue Symptome zu haben, auf's stärkste.

Wenn diese aber zur Verlogenheit wird und zu wirklicher Simulation führt — und ich glaube, wir gehen jetzt in der Ablehnung der Simulation gerade so zu weit, wie früher in ihrer Annahme — dann beruht das nicht auf der hysterischen Disposition, sondern, wie Möbius vortrefflich sagt, auf der Complication derselben mit andern Degenerationen, originärer moralischer Minderwertigkeit. Gerade wie die „bösartige Hysterica" dadurch entsteht, dass ein originär erregbarer, aber gemütsarmer Mensch noch der egoistischen Charakterverkümmerung anheimfällt, welche chronisches Siechthum so leicht erzeugt. Die „bösartige Hysterica" ist übrigens kaum häufiger als der bösartige Tabiker späterer Stadien.

Auch in der motorischen Sphäre erzeugt der Erregungsüberschuss pathologische Phänomene. So geartete Kinder entwickeln sehr leicht tickartige Bewegungen, welche, zuerst angeregt durch irgend eine Empfindung in den Augen oder im Gesichte oder durch die Gêne eines Kleidungsstückes, alsbald Dauer gewinnen, wenn sie nicht sogleich bekämpft werden. Die Reflexbahnen werden sehr leicht und rasch „ausgefahren".

Es ist auch nicht abzuweisen, dass es einen rein motorischen, von jedem psychischen Factor unabhängigen Krampfanfall gebe, in dem sich nur die durch Summation angehäufte Erregungsmasse entlädt, geradeso wie die durch anatomische Veränderungen bedingte Reizmasse im epileptischen Anfalle. Das wäre der nicht ideogene hysterische Krampf.

Wir sehen so oft Adolescenten, welche zwar erregbar, aber gesund waren, während der Pubertätsentwicklung an Hysterie erkranken, dass wir uns fragen müssen, ob dieser Process nicht dort die Disposition schafft, wo sie originär noch nicht vorhanden ist. Und allerdings müssen wir ihm mehr zuschreiben als die einfache Steigerung des Erregungsquantums; die Geschlechtsreifung greift im ganzen Nervensystem an, überall die Erregbarkeit steigernd und die Widerstände herabsetzend. Das lehrt die Beobachtung der nicht hysterischen Adolescenten, und

wir sind darum berechtigt zu glauben, dass sie auch die hysterische Disposition herstelle, soweit diese eben in dieser Eigenschaft des Nervensystems besteht. Damit anerkennen wir bereits die Sexualität als einen der grossen Componenten der Hysterie. Wir werden sehen, dass ihr Antheil daran ein noch viel grösserer ist, und dass sie auf den verschiedensten Wegen zum Aufbau der Krankheit mitwirkt.

Wenn die Stigmata direct dem originären Mutterboden der Hysterie entspringen und nicht ideogenen Ursprungs sind, so ist es auch unmöglich, die Ideogenie so in den Mittelpunkt der Hysterie zu stellen, wie es heute manchmal geschieht. Was könnte denn echter hysterisch sein als die Stigmata, jene pathognomonischen Befunde, welche die Diagnose feststellen, und doch scheinen gerade diese nicht ideogen. Aber wenn die Basis der Hysterie eine Eigenart des ganzen Nervensystems ist, — auf ihr erhebt sich der Complex von ideogenen, psychisch bedingten Symptomen wie ein Gebäude auf den Fundamenten. Und es ist ein mehrstöckiges Gebäude. Wie man die Structur eines solchen nur dann verstehen kann, wenn man den Grundriss der verschiedenen Stockwerke unterscheidet, so, meine ich, ist das Verständniss der Hysterie davon bedingt, dass die verschiedenartige Complication der Symptomursachen beachtet wird. Sieht man davon ab und versucht die Erklärung der Hysterie mit Benützung eines einzigen Causalnexus durchzuführen, so bleibt immer ein sehr grosser Rest unerklärter Phänomene übrig; es ist gerade, als wollte man die verschiedenen Gelasse eines mehrstöckigen Hauses auf dem Grundriss eines Stockwerkes eintragen.

Wie die Stigmata ist eine Reihe anderer nervöser Symptome, wie wir oben sahen, nicht durch Vorstellungen veranlasst, sondern directe Folge der fundamentalen Anomalie des Nervensystems: manche Algien, vasomotorische Phänomene, vielleicht der rein motorische Krampfanfall.

Ihnen zunächst stehen die ideogenen Phänomene, welche einfach Conversionen affectiver Erregung sind (pag. 177). Sie entstehen als Wirkungen von Affecten in Menschen von hysterischer Disposition und sind zunächst nur „anomaler Ausdruck der Gemüthsbewegungen (Oppenheim)[1]. Dieser wird durch Wiederholung zu einem wirklichen, scheinbar rein somatischen hysterischen Symptom, während die veranlassende Vorstellung unmerklich wird (pag. 180) oder abgewehrt und

[1] Jene Disposition ist eben das, was Strümpell als „die Störung im Psycho-Physischen" bezeichnet, welche der Hysterie zu Grunde liegt.

darum aus dem Bewusstsein verdrängt ist. Die meisten und wichtigsten der abgewehrten und convertirten Vorstellungen haben sexualen Inhalt. Sie liegen einem grossen Theil der Pubertätshysterie zu Grunde. Die heranreifenden Mädchen, — um diese handelt es sich hauptsächlich — verhalten sich zu den sexualen Vorstellungen und Empfindungen, die auf sie eindringen, sehr verschieden. Bald mit voller Unbefangenheit, wobei die einen das ganze Gebiet ignoriren und übersehen. Die andern nehmen sie so an wie die Knaben; das ist bei Bauern- und Arbeitermädchen wohl die Regel. Wieder andere haschen mit mehr oder minder perverser Neugier nach allem, was Gespräch und Lectüre ihnen an Sexualem bringt; und endlich die feinorganisirten Naturen von grosser sexualer Erregbarkeit, aber ebenso grosser moralischer Reinheit, welche alles Sexuale als unvereinbar mit ihrem sittlichen Inhalt empfinden, als Beschmutzung und Befleckung.[1] Diese verdrängen die Sexualität aus ihrem Bewusstsein und die affectiven Vorstellungen solchen Inhaltes, welche somatische Phänomene verursacht haben, werden als „abgewehrte“ unbewusst.

Die Neigung zur Abwehr des Sexualen wird noch verstärkt dadurch, dass die sinnliche Erregung bei der Jungfrau eine Beimischung von Angst hat, die Furcht vor dem Unbekannten, Geahnten, was kommen wird, während sie bei dem natürlichen, gesunden, jungen Manne, ein unvermischt aggressiver Trieb ist. Das Mädchen ahnt im Eros die furchtbare Macht, die ihr Schicksal beherrscht und entscheidet, und wird durch sie geängstigt. Um so grösser ist die Neigung, wegzublicken und das Aengstigende aus dem Bewusstsein zu verdrängen.

Die Ehe bringt neue sexuale Traumen. Es ist zu wundern, dass die Brautnacht nicht häufiger pathogen wirkt, da sie doch leider so oft nicht erotische Verführung, sondern Nothzucht zum Inhalt hat. Aber freilich sind ja auch die Hysterien junger Frauen nicht selten, welche darauf zurückzuführen sind und schwinden, wenn sich im Verlauf der Zeit der Sexualgenuss eingestellt und das Trauma verwischt hat. Auch im weiteren Verlauf vieler Ehen kommen sexuale Traumen vor. Jene Krankengeschichten, von deren Publication wir absehen mussten, enthalten davon eine grosse Zahl, perverse Anforderungen des Mannes, unnatürliche Praktiken u. s. w. Ich glaube nicht zu über-

[1] Einige Beobachtungen lassen uns glauben, dass die Berührungs-, eigentlich Beschmutzungsfurcht, welche die Frauen zwingt, sich alle Augenblicke die Hände zu waschen, sehr häufig diesen Ursprung hat. Das Waschen entspringt demselben seelischen Vorgang wie bei Lady Macbeth.

treiben, wenn ich behaupte, die grosse Mehrzahl der schweren Neurosen bei Frauen entstamme dem Ehebett[1].

Ein Theil der sexualen Noxen, der wesentlich in ungenügender Befriedigung besteht, (coitus interruptus, ejaculatio praecox u. s. f.), führt nach der Entdeckung Freud's[2] nicht zu Hysterie, sondern zur Angstneurose. Doch meine ich, wird auch in solchen Fällen häufig genug die Erregung des Sexualaffectes in hysterische somatische Phänomene convertirt.

Es ist selbstverständlich und geht auch aus unsern Beobachtungen zur Genüge hervor, dass die nicht sexualen Affecte des Schrecks, der Angst, des Zornes zur Entstehung hysterischer Phänomene führen. Aber es ist vielleicht nicht überflüssig, immer wieder zu betonen, dass das sexuale Moment weitaus das wichtigste und pathologisch fruchtbarste ist. Die naive Beobachtung unserer Vorgänger, deren Rest wir im Worte „Hysterie" bewahren, ist der Wahrheit näher gekommen als die neuere Anschauung, welche die Sexualität fast in letzte Linie stellt, um die Kranken vor moralischem Vorwurfe zu bewahren. Gewiss sind die sexualen Bedürfnisse der Hysterischen gerade so individuell verschieden gross und nicht stärker als bei den Gesunden. Aber sie erkranken an ihnen und zwar grossentheils gerade durch ihre Bekämpfung, durch die Abwehr der Sexualität.

Neben der sexualen muss hier an die Schreckhysterie erinnert werden, die eigentlich traumatische Hysterie. Sie bildet eine der bestgekannten und anerkannten Hysterieformen.

Sozusagen in der gleichen Schicht mit den Phänomenen, welche durch Conversion von Affecterregung entstanden sind, liegen diejenigen, welche der Suggestion (meist Autosuggestion) bei originär suggestiblen Individuen ihren Ursprung verdanken. Hochgradige Suggestibilität, d. h. hemmungsloses Uebergewicht frisch erregter Vorstellungen gehört nicht zum Wesen der Hysterie; sie kann sich aber bei hysterisch Disponirten als Complication vorfinden, bei denen eben diese Eigenart des Nervensystems die körperliche Realisirung der überwertigen Vor-

[1] Es ist gewiss von Uebel, dass die Klinik dieses, eines der allerwichtigsten pathogenen Momente ignorirt, oder doch nur zart andeutend streift. Diess ist sicher ein Gegenstand, wo die Erfahrung der Erfahrenen dem jungen Arzte mitgetheilt werden soll, der ja gewöhnlich an der Sexualität blind vorübergeht; mindestens was seine Kranken betrifft.

[2] Freud, „Ueber die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomencomplex als Angstneurose abzutrennen". Neurol. Centralblatt 1895, Nr. 2.

stellungen ermöglicht. Es sind übrigens meistens doch nur affective Vorstellungen, welche suggestiv in somatischen Phänomenen realisirt werden, und so kann man den Vorgang oft auch als Conversion des begleitenden Schreck- oder Angstaffects auffassen.

Diese Processe der Affectconversion und der Suggestion bleiben identisch auch in den complicirten Formen von Hysterie, die nun zu betrachten sind; sie finden dort nur günstigere Bedingungen; aber psychisch bedingte hysterische Phänomene entstehen immer durch einen dieser beiden Vorgänge.

Jenes dritte Constituens der hysterischen Disposition, welches in manchen Fällen zu den früher besprochenen hinzutritt, die Conversion wie die Suggestion in höchstem Maasse begünstigt und erleichtert und dadurch sozusagen über den kleinen Hysterien, die nur einzelne hysterische Phänomene zeigen, das weitere Stockwerk der grossen Hysterie aufbaut, ist das Hypnoid, die Neigung zur Autohypnose (pag. 187). Sie constituirt einen, zunächst nur vorübergehenden und mit dem normalen alternirenden Zustand, dem wir dieselbe Steigerung der psychischen Einwirkung auf den Körper zuschreiben dürfen, die wir in der artificiellen Hypnose beobachten; diese Einwirkung ist hier umso intensiver und tiefer greifend, als sie ein Nervensystem betrifft, welches schon ausserhalb der Hypnose von anomaler Erregbarkeit ist.[1] In wie weit und in welchen Fällen die Neigung zur Autohypnose originäre Eigenschaft des Organismus ist, wissen wir nicht. Ich habe oben (pag. 191), die Ansicht ansgesprochen, dass sie sich aus affecterfüllter Träumerei entwickle. Aber sicher gehört auch hiezu originäre Disposition. Wenn jene Ansicht richtig ist, so wird auch hier deutlich, wie grosser Einfluss auf die Entwicklung der Hysterie der Sexualität zuzuschreiben ist. Denn es gibt ausser der Krankenpflege keinen psychischen Factor, der so wie die Liebessehnsucht geeignet ist, affecterfüllte Träumerei zu erzeugen. Und überdies ist der sexuale Organismus

---

[1] Es liegt nahe, die Disposition zur Hypnose mit der originären abnormen Erregbarkeit zu identificiren, da uns ja auch die arteficielle Hypnose ideogene Veränderungen der Secretion, der localen Blutfülle, Blasenbildungen u. dgl. zeigt. Diess scheint die Ansicht von Möbius zu sein. Ich meine aber, man bewegt sich da in einem falschen Cirkel. Diese Thaumaturgie der Hypnose beobachten wir, so viel ich sehe, doch nur bei Hysterischen. Wir würden also der Hypnose die Leistungen der Hysterie zuschreiben, und dann wieder diese aus der Hypnose ableiten.

selbst mit seiner Fülle von Affect und der Einengung des Bewusstseins den hypnoiden Zuständen nahe verwandt.

Das Hypnoid tritt am deutlichsten in die Erscheinung als hysterischer Anfall, und in jenem Zustande, den man als acute Hysterie bezeichnen kann und der, wie es scheint, in der Entwicklung der grossen Hysterie eine so bedeutende Rolle spielt (pag. 207). Es sind dies lange, oft mehrere Monate dauernde, deutlich psychotische Zustände, die man oft geradezu als hallucinatorische Verworrenheit bezeichnen muss; auch wenn die Störung nicht so weit geht, treten in solchem Zustande mannigfache hysterische Phänomene auf, von denen einige auch weiterhin persistiren. Der psychische Inhalt dieser Zustände besteht zum Theil gerade aus den Vorstellungen, welche im wachen Leben abgewehrt und aus dem Bewusstsein verdrängt worden sind; („hysterische Delirien der Heiligen und Nonnen, der enthaltsamen Frauen, der wohlerzogenen Kinder.“)

Da diese Zustände so oft geradezu Psychosen sind und doch direct und ausschliesslich der Hysterie entstammen, kann ich mich der Meinung Möbius' nicht anschliessen: „man könne, — abgesehen von den mit dem Anfalle verknüpften Delirien, von einem eigentlichen hysterischen Irresein nicht reden“.[1] Diese Zustände sind in vielen Fällen ein solches; und auch im weitern Verlauf der Hysterie wiederholen sich solche Psychosen, die freilich im Wesen nichts anderes sind als das psychotische Stadium des Anfalles, aber bei monatelanger Dauer doch nicht wohl als Anfälle bezeichnet werden können.

Wie entstehen diese acuten Hysterien? In dem bestbekannten Falle (Beobachtung I) entwickelte sie sich aus der Häufung der Hypnoidattaquen; in einem anderen Falle (von schon bestehender, complicirter Hysterie) im Anschluss an eine Morphinentziehung. Meist ist der Vorgang ganz dunkel und harrt der Klärung durch weitere Beobachtungen.

Für diese, hier besprochenen Hysterien gilt also der Satz von Möbius: „die der Hysterie wesentliche Veränderung besteht darin, dass vorübergehend oder dauernd der geistige Zustand des Hysterischen dem des Hypnotisirten gleicht“ (a. a. O. pag. 16).

Das Fortdauern der im Hypnoid entstandenen hysterischen Symptome während des normalen Zustandes, entspricht vollständig unsern Erfahrungen über posthypnotische Suggestion. Damit ist aber auch schon gesagt, dass Complexe von bewusstseinsunfähigen Vor-

[1] Möbius: Gegenwärtige Auffassung der Hysterie. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynakologie, 1895, I. Bd., p. 18.

stellungen mit den bewusst ablaufenden Ideenreihen coexistiren, dass die Spaltung der Psyche (pag. 200) vollzogen ist. Es scheint sicher, dass diese auch ohne Hypnoid entstehen kann, aus der Fülle der abgewehrten, aus dem Bewusstsein verdrängten, aber nicht unterdrückten Vorstellungen. Auf die eine und die andere Weise entsteht ein bald ideenarmes, rudimentäres, bald dem wachen Denken mehr minder gleiches Gebiet psychischen Lebens, dessen Erkenntniss wir vor Allen Binet und Janet verdanken. Die Spaltung der Psyche ist die Vollendung der Hysterie; es wurde früher (Cap. V) dargelegt, wie sie die wesentlichen Charakterzüge der Krankheit erklärt. Dauernd, aber mit wechselnder Lebhaftigkeit seiner Vorstellungen, befindet sich ein Theil der Psyche des Kranken im Hypnoid, immer bereit, beim Nachlassen des wachen Denkens die Herrschaft über den ganzen Menschen zu gewinnen (Anfall, Delirium). Das geschieht, sobald ein starker Affect den normalen Vorstellungsablauf stört, in Dämmer- und in Erschöpfungszuständen. Aus diesem persistirenden Hypnoid herauf dringen unmotivirte, der normalen Association fremde Vorstellungen in's Bewusstsein, werden Hallucinationen in das Wahrnehmen geworfen, werden motorische Acte unabhängig vom bewussten Willen innervirt. Diese hypnoide Psyche ist im höchsten Grade befähigt zur Affectconversion und Suggestion, und so entstehen mit Leichtigkeit neue hysterische Phänomene, welche ohne die psychische Spaltung nur sehr schwer und unter dem Druck wiederholter Affecte zu Stande gekommen wären. Die abgespaltene Psyche ist jener Dämon, von dem die naive Beobachtung alter, abergläubischer Zeiten die Kranken besessen glaubte. Dass ein dem wachen Bewusstsein des Kranken fremder Geist in ihm walte, ist richtig; nur ist es kein wirklich fremder, sondern ein Theil seines eigenen.

Der hier gewagte Versuch, aus unseren heutigen Kenntnissen die Hysterie synthetisch zu construiren, steht dem Vorwurf des Eclecticismus offen, wenn dieser überhaupt berechtigt ist. So viele Formulirungen der Hysterie, von der alten „Reflextheorie“ bis zur „Dissociation der Persönlichkeit“ haben darin Platz finden müssen. Aber es kann kaum anders sein. So zahlreiche treffliche Beobachter und scharfsinnige Köpfe haben sich um die Hysterie bemüht. Es ist unwahrscheinlich, dass nicht jede ihrer Formulirungen einen Theil der Wahrheit enthalte. Die künftige Darstellung des wirklichen Sachverhaltes wird gewiss sie alle enthalten und nur all' die einseitigen

Ansichten des Gegenstandes zu einer körperhaften Realität combiniren. Der Eclecticismus scheint mir darum kein Tadel.

Aber wie weit von der Möglichkeit eines solchen vollständigen Verständnisses der Hysterie sind wir heute noch! Mit wie unsicheren Zügen sind hier die Contouren umrissen worden, mit wie plumpen Hilfsvorstellungen sind die klaffenden Lücken mehr verdeckt als ausgefüllt. Nur die eine Erwägung beruhigt einigermaassen: dass dieses Uebel allen physiologischen Darstellungen complicirter psychischer Vorgänge anhaftet und anhaften muss. Von ihnen gilt immer, was Theseus im Sommernachtstraum von der Tragödie sagt: „Auch das Beste dieser Art ist nur ein Schattenspiel". Und auch das Schwächste ist nicht wertlos, wenn es sucht in Treue und Bescheidenheit die Schattenrisse festzuhalten, welche die unbekannten wirklichen Objecte auf die Wand werfen. Dann ist doch immer die Hoffnung berechtigt, dass irgend ein Maass von Uebereinstimmung und Aehnlichkeit zwischen den wirklichen Vorgängen und unserer Vorstellung davon bestehen werde.

IV. Zur Psychotherapie der Hysterie.

(Sigm. Freud.)

Wir haben in der „Vorläufigen Mittheilung" berichtet, dass sich uns während der Forschung nach der Aetiologie hysterischer Symptome auch eine therapeutische Methode ergeben hat, die wir für praktisch bedeutsam halten. „Wir fanden nämlich, anfangs zu unserer grössten Ueberraschung, dass die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affect wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affect Worte gab" (p. 4.).

Wir suchten uns ferner verständlich zu machen, auf welche Weise unsere psychotherapeutische Methode wirke: „Sie hebt die Wirksamkeit der ursprünglich nicht abreagirten Vorstellung dadurch auf, dass sie dem eingeklemmten Affect derselben den Ablauf durch die Rede gestattet und bringt sie zur associativen Correctur, indem sie dieselbe in's normale Bewusstsein zieht (in leichterer Hypnose) oder durch ärztliche Suggestion aufhebt, wie es im Somnambulismus mit Amnesie geschieht" (pag. 13).

Ich will nun versuchen, im Zusammenhange darzuthun, wie weit diese Methode trägt, um was sie mehr als andere leistet, mit welcher Technik und mit welchen Schwierigkeiten sie arbeitet, wenngleich das Wesentliche hierüber bereits in den voranstehenden Krankengeschichten enthalten ist, und ich es nicht vermeiden kann, mich in dieser Darstellung zu wiederholen.

I.

Ich darf auch für meinen Theil sagen, dass ich am Inhalte der „Vorläufigen Mittheilung" festhalten kann; jedoch muss ich eingestehen, dass sich mir in den seither verflossenen Jahren — bei unausgesetzter Beschäftigung mit den dort berührten Problemen — neue Gesichts-

punkte aufgedrängt haben, die eine wenigstens zum Theil andersartige Gruppirung und Auffassung des damals bekannten Materiales an Thatsachen zur Folge hatten. Es wäre unrecht, wenn ich versuchen wollte, meinem verehrten Freunde J. Breuer zuviel von der Verantwortlichkeit für diese Entwicklung aufzubürden. Die folgenden Ausführungen bringe ich daher vorwiegend im eigenen Namen.

Als ich versuchte, die Breuer'sche Methode der Heilung hysterischer Symptome durch Ausforschung und Abreagiren in der Hypnose an einer grösseren Reihe von Kranken zu verwenden, stiessen mir zwei Schwierigkeiten auf, in deren Verfolgung ich zu einer Abänderung der Technik wie der Auffassung gelangte. 1. Es waren nicht alle Personen hypnotisirbar, die unzweifelhaft hysterische Symptome zeigten, und bei denen höchst wahrscheinlich derselbe psychische Mechanismus obwaltete; 2. ich musste Stellung zu der Frage nehmen, was denn wesentlich die Hysterie charakterisirt, und wodurch sich dieselbe gegen andere Neurosen abgrenzt.

Ich verschiebe es auf später, mitzutheilen, wie ich die erstere Schwierigkeit bewältigt, und was ich aus ihr gelernt habe. Ich gehe zunächst darauf ein, wie ich in der täglichen Praxis gegen das zweite Problem Stellung nahm. Es ist sehr schwierig, einen Fall von Neurose richtig zu durchschauen, ehe man ihn einer gründlichen Analyse unterzogen hat; einer Analyse, wie sie eben nur bei Anwendung der Breuer'schen Methode resultirt. Die Entscheidung über Diagnose und Art der Therapie muss aber vor einer solchen gründlichen Kenntniss gefällt werden. Es blieb mir also nichts übrig, als solche Fälle für die kathartische Methode auszuwählen, die man vorläufig als Hysterie diagnosticiren konnte, die einzelne oder mehrere von den Stigmen oder charakteristischen Symptomen der Hysterie erkennen liessen. Dann ereignete es sich manchmal, dass die therapeutischen Ergebnisse trotz der Hysteriediagnose recht armselig ausfielen, dass selbst die Analyse nichts Bedeutsames zu Tage förderte. Anderemale versuchte ich Neurosen mit der Breuer'schen Methode zu behandeln, die gewiss niemandem als Hysterie imponirt hätten, und ich fand, dass sie auf diese Weise zu beeinflussen, ja selbst zu lösen waren. So ging es mir z. B. mit den Zwangsvorstellungen, den echten Zwangsvorstellungen nach Westphal'schem Muster, in Fällen, die nicht durch einen Zug an Hysterie erinnerten. Somit konnte der psychische Mechanismus, den die vorläufige Mittheilung aufgedeckt hatte, nicht für Hysterie pathognomonisch sein; ich konnte mich auch nicht ent-

schliessen, diesem Mechanismus zu Liebe etwa soviel andere Neurosen in einen Topf mit der Hysterie zu werfen. Aus all' den angeregten Zweifeln riss mich endlich der Plan, alle anderen in Frage kommenden Neurosen ähnlich wie die Hysterie zu behandeln, überall nach der Aetiologie und nach der Art des psychischen Mechanismus zu forschen, und die Entscheidung über die Berechtigung der Hysteriediagnose von dem Ausfall dieser Untersuchung abhängen zu lassen.

So gelangte ich, von der Breuer'schen Methode ausgehend, dazu, mich mit der Aetiologie und dem Mechanismus der Neurosen überhaupt zu beschäftigen. Ich hatte dann das Glück, in verhältnissmässig kurzer Zeit bei brauchbaren Ergebnissen anzukommen. Es drängte sich mir zunächst die Erkenntniss auf, dass, insofern man von einer Verursachung sprechen könne, durch welche Neurosen erworben würden, die Aetiologie in sexuellen Momenten zu suchen sei. Daran reihte sich der Befund, dass verschiedene sexuelle Momente, ganz allgemein genommen, auch verschiedene Bilder von neurotischen Erkrankungen erzeugen. Und nun konnte man, in dem Maass, als sich das letztere Verhältniss bestätigte, auch wagen, die Aetiologie zur Charakteristik der Neurosen zu verwerthen und eine scharfe Scheidung der Krankheitsbilder der Neurosen aufzustellen. Trafen ätiologische Charaktere mit klinischen constant zusammen, so war diess ja gerechtfertigt.

Auf diese Weise ergab sich mir, dass der Neurasthenie eigentlich ein monotones Krankheitsbild entspreche, in welchem, wie Analysen zeigten, ein „psychischer Mechanismus" keine Rolle spiele. Von der Neurasthenie trennte sich scharf ab die Zwangsneurose, die Neurose der echten Zwangsvorstellungen, für die sich ein complicirter psychischer Mechanismus, eine der hysterischen ähnliche Aetiologie und eine weitreichende Möglichkeit der Rückbildung durch Psychotherapie erkennen liessen. Andererseits schien es mir unbedenklich geboten, von der Neurasthenie einen neurotischen Symptomcomplex abzusondern, der von einer ganz abweichenden, ja, im Grunde genommen, gegensätzlichen Aetiologie abhängt, während die Theilsymptome dieses Complexes durch einen schon von E. Hecker[1] erkannten Charakter zusammengehalten werden. Sie sind nämlich entweder Symptome oder Aequivalente und Rudimente von Angstäusserungen, und ich habe darum diesen von der Neurasthenie abzutrennenden Complex Angstneurose geheissen. Ich habe von ihm behauptet, er käme durch die Anhäufung physischer Spannung zu Stande, die selbst wieder sexualer

[1] E. Hecker, Centralblatt für Nervenheilkunde, Dec. 1893.

Herkunft ist; diese Neurose hat auch noch keinen psychischen Mechanismus, beeinflusst aber ganz regelmässig das psychische Leben, so dass „ängstliche Erwartung“, Phobien, Hyperästhesie gegen Schmerzen u. a. zu ihren regelmässigen Aeusserungen gehören. Diese Angstneurose in meinem Sinne deckt sich gewiss theilweise mit der Neurose, die unter dem Namen „Hypochondrie“ in so manchen Darstellungen neben Hysterie und Neurasthenie anerkannnt wird; nur dass ich in keiner der vorliegenden Bearbeitungen die Abgrenzung dieser Neurose für die richtige halten kann, und dass ich die Brauchbarkeit des Namens Hypochondrie durch dessen feste Beziehung auf das Symptom der „Krankheitsfurcht“ beeinträchtigt finde.

Nachdem ich mir so die einfachen Bilder der Neurasthenie, der Angstneurose und der Zwangsvorstellungen fixirt hatte, ging ich an die Auffassung der gemeinhin vorkommenden Fälle von Neurosen heran, die bei der Diagnose Hysterie in Betracht kommen. Ich musste mir jetzt sagen, dass es nicht angeht, eine Neurose im Ganzen zur hysterischen zu stempeln, weil aus ihrem Symptomencomplex einige hysterische Zeichen hervorleuchten. Ich konnte mir diese Uebung sehr wohl erklären, da doch die Hysterie die älteste, die bestbekannte und die auffälligste der in Betracht kommenden Neurosen ist: aber es war doch ein Missbrauch, derselbe, der auf die Rechnung der Hysterie so viele Züge von Perversion und Degeneration hatte setzen lassen. So oft in einem complicirten Fall von psychischer Entartung ein hysterisches Anzeichen, eine Anästhesie, eine charakteristische Attaque zu entdecken war, hatte man das Ganze „Hysterie“ genannt und konnte dann freilich das Aergste und das Widersprechendste unter dieser Etiquette vereinigt finden. So gewiss diese Diagnostik unrecht war, so gewiss durfte man auch nach der neurotischen Seite hin sondern, und da man Neurasthenie, Angstneurose u. dgl. im reinen Zustande kannte, brauchte man sie in der Combination nicht mehr zu übersehen.

Es schien also folgende Auffassung die berechtigtere: Die gewöhnlich vorkommenden Neurosen sind meist als „gemischte“ zu bezeichnen; von der Neurasthenie und der Angstneurose findet man ohne Mühe auch reine Formen, am ehesten bei jugendlichen Personen. Von Hysterie und Zwangsneurose sind reine Fälle selten, für gewöhnlich sind diese beiden Neurosen mit einer Angstneurose combinirt. Dies so häufige Vorkommen von gemischten Neurosen rührt daher, dass deren ätiologische Momente sich so häufig vermengen, bald nur zufälliger Weise, bald in Folge von causalen Beziehungen zwischen den Vor-

gängen, aus denen die ätiologischen Momente der Neurosen fliessen. Diess lässt sich unschwer im Einzelnen durchführen und erweisen; für die Hysterie folgt aber hieraus, dass es kaum möglich ist, sie für die Betrachtung aus dem Zusammenhange der Sexualneurosen zu reissen; dass sie in der Regel nur eine Seite, einen Aspect des complicirten neurotischen Falles darstellt, und dass sie nur gleichsam im Grenzfall als isolirte Neurose gefunden werden und behandelt werden kann. Man darf etwa in einer Reihe von Fällen sagen: a potiori fit denominatio.

Ich will die hier mitgetheilten Krankengeschichten daraufhin prüfen, ob sie meiner Auffassung von der klinischen Unselbständigkeit der Hysterie das Wort reden. Anna O., die Kranke Breuer's, scheint dem zu widersprechen und eine rein hysterische Erkrankung zu erläutern. Allein dieser Fall, der so fruchtbar für die Erkenntniss der Hysterie geworden ist, wurde von seinem Beobachter gar nicht unter den Gesichtspunkt der Sexualneurose gebracht und ist heute einfach für diesen nicht zu verwerthen. Als ich die zweite Kranke, Frau Emmy v. N., zu analysiren begann, lag mir die Erwartung einer Sexualneurose als Boden für die Hysterie ziemlich ferne; ich war frisch aus der Schule Charcot's gekommen und betrachtete die Verknüpfung einer Hysterie mit dem Thema der Sexualität als eine Art von Schimpf — ähnlich wie die Patientinnen selbst es pflegen. Wenn ich heute meine Notizen über diesen Fall überblicke, ist es mir ganz unzweifelhaft, dass ich einen Fall einer schweren Angstneurose mit ängstlicher Erwartung und Phobien anerkennen muss, die aus der sexuellen Abstinenz stammte und sich mit Hysterie combinirt hatte.

Fall III, der Fall der Miss Lucy R., ist vielleicht am ehesten ein Grenzfall von reiner Hysterie zu nennen, es ist eine kurze, episodisch verlaufende Hysterie bei unverkennbar sexueller Aetiologie, wie sie einer Angstneurose entsprechen würde; ein überreifes, liebebedürftiges Mädchen, dessen Neigung zu rasch durch ein Missverständniss erweckt wird. Allein die Angstneurose war nicht nachzuweisen oder ist mir entgangen. Fall IV, Katharina, ist geradezu ein Vorbild dessen, was ich virginale Angst genannt habe; es ist eine Combination von Angstneurose und Hysterie; die erstere schafft die Symptome, die letztere wiederholt sie und arbeitet mit ihnen. Uebrigens ein typischer Fall für soviele, „Hysterie“ genannte, jugendliche Neurosen. Fall V, der des Frl. Elisabeth v. R., ist wiederum nicht als Sexualneurose erforscht; einen Verdacht, dass eine Spinalneurasthenie die Grundlage gebildet habe, konnte ich nur äussern und nicht bestätigen. Ich muss aber

hinzufügen, seither sind die reinen Hysterien in meiner Erfahrung noch seltener geworden; wenn ich diese vier Fälle als Hysterie zusammenstellen und bei ihrer Erörterung von den für Sexualneurosen maassgebenden Gesichtspunkten absehen konnte, so liegt der Grund darin, dass es ältere Fälle sind, bei denen ich die absichtliche und dringende Forschung nach der neurotischen sexualen Unterlage noch nicht durchgeführt hatte. Und wenn ich anstatt dieser vier Fälle nicht zwölf mitgetheilt habe, aus deren Analyse eine Bestätigung des von uns behaupteten psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene zu gewinnen ist, so nöthigte mich zur Enthaltung nur der Umstand, dass die Analyse diese Krankheitsfälle gleichzeitig als Sexualneurosen enthüllte, obwohl ihnen den „Namen" Hysterie gewiss kein Diagnostiker verweigert hätte. Die Aufklärung solcher Sexualneurosen überschreitet aber den Rahmen dieser unserer gemeinsamen Veröffentlichung.

Ich möchte nicht dahin missverstanden werden, als ob ich die Hysterie nicht als selbständige neurotische Affection gelten lassen wollte, als erfasste ich sie bloss als psychische Aeusserung der Angstneurose, als schriebe ich ihr bloss „ideogene" Symptome zu und zöge die somatischen Symptome (hysterogene Punkte, Anästhesien) zur Angstneurose hinüber. Nichts von alledem; ich meine, man kann in jeder Hinsicht die von allen Beimengungen gereinigte Hysterie selbständig abhandeln, nur nicht in Hinsicht der Therapie. Denn bei der Therapie handelt es sich um praktische Ziele, um die Beseitigung des gesammten leidenden Zustandes, und wenn die Hysterie zumeist als Componente einer gemischten Neurose vorkommt, so liegt der Fall wohl ähnlich wie bei den Mischinfectionen, wo die Erhaltung des Lebens sich als Aufgabe stellt, die nicht mit der Bekämpfung der Wirkung des einen Krankheitserregers zusammenfällt.

Es ist mir darum so wichtig, den Antheil der Hysterie an den Bildern der gemischten Neurosen von dem der Neurasthenie, Angstneurose u. s. w. zu sondern, weil ich nach dieser Trennung einen knappen Ausdruck für den therapeutischen Werth der kathartischen Methode geben kann. Ich möchte mich nämlich der Behauptung getrauen, dass sie — principiell — sehr wohl im Stande ist, jedes beliebige hysterische Symptom zu beseitigen, während sie, wie leicht ersichtlich, völlig machtlos ist gegen Phänomene der Neurasthenie und nur selten und auf Umwegen die psychischen Folgen der Angstneurose beeinflusst. Ihre therapeutische Wirksamkeit wird also im einzelnen Falle davon abhängen, ob die hysterische Componente des Krankheits-

bildes eine praktisch bedeutsame Stellung im Vergleich zu den anderen neurotischen Componenten beanspruchen darf oder nicht.

Auch eine zweite Schranke ist der Wirksamkeit der kathartischen Methode gesetzt, auf welche wir bereits in der „Vorläufigen Mittheilung“ hingewiesen haben. Sie beeinflusst nicht die causalen Bedingungen der Hysterie, kann also nicht verhindern, dass an der Stelle der beseitigten Symptome neue entstehen. Im Ganzen also muss ich für unsere therapeutische Methode einen hervorragenden Platz innerhalb des Rahmens einer Therapie der Neurosen beanspruchen, möchte aber davon abrathen, sie ausserhalb dieses Zusammenhanges zu würdigen oder in Anwendung zu ziehen. Da ich an dieser Stelle eine „Therapie der Neurosen“, wie sie dem ausübenden Arzte vonnöthen wäre, nicht geben kann, stellen sich die vorstehenden Aeusserungen einer aufschiebenden Verweisung auf etwaige spätere Mittheilungen gleich; doch meine ich zur Ausführung und Erläuterung noch folgende Bemerkungen anschliessen zu können:

1. Ich behaupte nicht, dass ich sämmtliche hysterische Symptome, die ich mit der kathartischen Methode zu beeinflussen übernahm, auch wirklich beseitigt habe. Aber ich meine, die Hindernisse lagen an persönlichen Umständen der Fälle und waren nicht principieller Natur. Ich darf diese Fälle von Missglücken bei einer Urtheilsfällung ausser Betracht lassen, wie der Chirurg Fälle von Tod in der Narkose, durch Nachblutung, zufällige Sepsis u. dgl. bei der Entscheidung über eine neue Technik bei Seite schiebt. Wenn ich später von den Schwierigkeiten und Uebelständen des Verfahrens handeln werde, sollen die Misserfolge solcher Herkunft nochmals gewürdigt werden.

2. Die kathartische Methode wird darum nicht werthlos, weil sie eine symptomatische und keine causale ist. Denn eine causale Therapie ist eigentlich zumeist nur eine prophylaktische, sie sistirt die weitere Einwirkung der Schädlichkeit, beseitigt aber damit nicht nothwendig, was die Schädlichkeit bisher an Producten ergeben hat. Es bedarf in der Regel noch einer zweiten Action, welche die letztere Aufgabe löst, und für diesen Zweck ist im Falle der Hysterie die kathartische Methode geradezu unübertrefflich brauchbar.

3. Wo eine Periode hysterischer Production, ein acuter hysterischer Paroxysmus, überwunden ist und nur noch die hysterischen Symptome als Resterscheinungen erübrigen, da genügt die kathartische Methode allen Indicationen und erzielt volle und dauernde Erfolge. Eine solche günstige Constellation für die Therapie ergibt sich nicht

selten gerade auf dem Gebiete des Geschlechtslebens, infolge der grossen Schwankungen in der Intensität des sexuellen Bedürfnisses und der Complication der für ein sexuelles Trauma erforderten Bedingungen. Hier leistet die kathartische Methode alles, was man ihr zur Aufgabe stellen kann, denn der Arzt kann sich nicht vorsetzen wollen, eine Constitution wie die hysterische zu ändern; er muss sich damit bescheiden, wenn er das Leiden beseitigt, zu dem eine solche Constitution geneigt ist, und das unter Mithilfe äusserer Bedingungen aus ihr entspringen kann. Er wird zufrieden sein, wenn die Kranke wieder leistungsfähig geworden ist. Uebrigens entbehrt er auch eines Trostes für die Zukunft nicht, wenn er die Möglichkeit der Recidive in Betracht zieht. Er kennt den Hauptcharakter in der Aetiologie der Neurosen, dass deren Entstehung zumeist überdeterminirt ist, dass mehrere Momente zu dieser Wirkung zusammentreten müssen; er darf hoffen, dass dieses Zusammentreffen nicht sobald wieder statthaben wird, wenn auch einzelne der ätiologischen Momente in Wirksamkeit geblieben sind.

Man könnte einwenden, dass in solchen abgelaufenen Fällen von Hysterie die restirenden Symptome ohnediess spontan vergehen; allein hierauf darf man antworten, dass solche Spontanheilung sehr häufig weder rasch noch vollständig genug abläuft, und dass sie durch das Eingreifen der Therapie ausserordentlich gefördert werden kann. Ob man mit der kathartischen Therapie nur das heilt, was der Spontanheilung fähig ist, oder gelegentlich auch anderes, was sich spontan nicht gelöst hätte, das darf man für jetzt gerne ungeschlichtet lassen.

4. Wo man auf eine acute Hysterie gestossen ist, einen Fall in der Periode lebhaftester Production von hysterischen Symptomen und consecutiver Ueberwältigung des Ich durch die Krankheitsproducte (hysterische Psychose), da wird auch die kathartische Methode am Eindruck und Verlauf des Krankheitsfalles wenig ändern. Man befindet sich dann wohl in derselben Stellung gegen die Neurose, welche der Arzt gegen eine acute Infectionskrankheit einnimmt. Die ätiologischen Momente haben zu einer verflossenen, jetzt der Beeinflussung entzogenen Zeit ihre Wirkung im genügenden Ausmaasse geübt, nun werden dieselben nach Ueberwindung des Incubationsintervalles manifest; die Affection lässt sich nicht abbrechen; man muss ihren Ablauf abwarten und unterdess die günstigsten Bedingungen für den Kranken herstellen. Beseitigt man nun während einer solchen acuten Periode die Krankheitsproducte, die neu entstandenen hysterischen Symptome, so darf

man sich darauf gefasst machen, dass die beseitigten alsbald durch neue ersetzt werden. Der verstimmende Eindruck einer Danaidenarbeit, einer „Mohrenwäsche“ wird dem Arzt nicht erspart bleiben, der riesige Aufwand von Mühe, die Unbefriedigung der Angehörigen, denen die Vorstellung der nothwendigen Zeitdauer einer acuten Neurose kaum so vertraut sein wird wie im analogen Falle einer acuten Infectionskrankheit, diess und anderes wird wahrscheinlich die consequente Anwendung der kathartischen Methode im angenommenen Falle meist unmöglich machen. Doch bleibt es sehr in Erwägung zu ziehen, ob nicht auch bei einer acuten Hysterie die jedesmalige Beseitigung der Krankheitsproducte einen heilenden Einfluss übt, indem sie das mit der Abwehr beschäftigte normale Ich des Kranken unterstützt und es vor der Ueberwältigung, vor dem Verfall in Psychose, vielleicht in endgiltige Verworrenheit bewahrt.

Was die kathartische Methode auch bei acuter Hysterie zu leisten vermag, und dass sie selbst die Neuproduction an krankhaften Symptomen in praktisch bemerkbarer Weise einschränkt, das erhellt wohl unzweifelhaft aus der Geschichte der Anna O..., an welcher Breuer diess psychotherapeutische Verfahren zuerst ausüben lernte.

5. Wo es sich um chronisch verlaufende Hysterien mit mässiger, aber unausgesetzter Production von hysterischen Symptomen handelt, da lernt man wohl den Mangel einer causal wirksamen Therapie am stärksten bedauern, aber auch die Bedeutung des kathartischen Verfahrens als symptomatische Therapie am meisten schätzen. Dann hat man es mit der Schädigung durch eine chronisch fortwirkende Aetiologie zu thun: es kommt alles darauf an, das Nervensystem des Kranken in seiner Resistenzfähigkeit zu kräftigen, und man muss sich sagen, die Existenz eines hysterischen Symptoms bedeute für dieses Nervensystem eine Schwächung seiner Resistenz und stelle ein zur Hysterie disponirendes Moment dar. Wie aus dem Mechanismus der monosymptomatischen Hysterie hervorgeht, bildet sich ein neues hysterisches Symptom am leichtesten im Anschluss und nach Analogie eines bereits vorhandenen; die Stelle, wo es bereits einmal „durchgeschlagen“ hat (vgl. p. 177), stellt einen schwachen Punkt dar, an welchem es auch das nächste Mal durchschlagen wird; die einmal abgespaltene psychische Gruppe spielt die Rolle des provocirenden Krystalls, von dem mit grosser Leichtigkeit eine sonst unterbliebene Krystallisation ausgeht. Die bereits vorhandenen Symptome beseitigen die ihnen zu Grunde liegenden psychischen Veränderungen

aufheben, heisst den Kranken das volle Maass ihrer Resistenzfähigkeit wiedergeben, mit dem sie erfolgreich der Einwirkung der Schädlichkeit widerstehen können. Man kann solchen Kranken durch länger fortgesetzte Ueberwachung und zeitweiliges „chimney sweeping“ (vgl. p. 23) sehr viel leisten.

6. Ich hätte noch des scheinbaren Widerspruches zu gedenken, der sich zwischen dem Zugeständniss, dass nicht alle hysterischen Symptome psychogen seien, und der Behauptung, dass man sie alle durch ein psychotherapeutisches Verfahren beseitigen könne, erhebt. Die Lösung liegt darin, dass ein Theil dieser nicht psychogenen Symptome zwar Krankheitszeichen darstellt, aber nicht als Leiden bezeichnet werden darf, so die Stigmata; es macht sich also praktisch nicht bemerkbar, wenn sie die therapeutische Erledigung des Krankheitsfalles überdauern. Für andere solche Symptome scheint zu gelten, dass sie auf irgend einem Umweg von den psychogenen Symptomen mitgerissen werden, wie sie ja wohl auch auf irgend einem Umweg doch von psychischer Verursachung abhängen.

Ich habe nun der Schwierigkeiten und Uebelstände unseres therapeutischen Verfahrens zu gedenken, soweit diese nicht aus den vorstehenden Krankengeschichten oder aus den folgenden Bemerkungen über die Technik der Methode jedermann einleuchten können. — Ich will mehr aufzählen und andeuten als ausführen: Das Verfahren ist mühselig und zeitraubend für den Arzt, es setzt ein grosses Interesse für psychologische Vorkomnisse und doch auch persönliche Theilnahme für den Kranken bei ihm voraus. Ich könnte mir nicht vorstellen, dass ich es zu Stande brächte, mich in den psychischen Mechanismus einer Hysterie bei einer Person zu vertiefen, die mir gemein und widerwärtig vorkäme, die nicht bei näherer Bekanntschaft im Stande wäre, menschliche Sympathie zu erwecken, während ich doch die Behandlung eines Tabikers oder Rheumatikers unabhängig von solchem persönlichen Wohlgefallen halten kann. Nicht mindere Bedingungen werden von Seiten der Kranken erfordert. Unterhalb eines gewissen Niveaus von Intelligenz ist das Verfahren überhaupt nicht anwendbar, durch jede Beimengung von Schwachsinn wird es ausserordentlich erschwert. Man braucht die volle Einwilligung, die volle Aufmerksamkeit der Kranken, vor allem aber ihr Zutrauen, da die Analyse regelmässig auf die intimsten und geheimst gehaltenen psychischen Vorgänge führt. Ein guter Theil der Kranken, die für solche Behandlung geeignet wären, entzieht sich dem Arzte, sobald ihnen die Ahnung auf-

dämmert, nach welcher Richtung sich dessen Forschung bewegen wird. Für diese ist der Arzt ein Fremder geblieben. Bei Anderen, die sich entschlossen haben, sich dem Arzte zu überliefern und ihm ein Vertrauen einzuräumen, wie es sonst nur freiwillig gewährt, aber nie gefordert wird, bei diesen Anderen, sage ich, ist es kaum zu vermeiden, dass nicht die persönliche Beziehung zum Arzte sich wenigstens eine Zeit lang ungebührlich in den Vordergrund drängt; ja es scheint, als ob eine solche Einwirkung des Arztes die Bedingung sei, unter welcher die Lösung des Problems allein gestattet ist. Ich meine nicht, dass es an diesem Sachverhalt etwas Wesentliches ändert, ob man sich der Hypnose bedienen konnte oder dieselbe umgehen und ersetzen musste. Nur fordert die Billigkeit, hervorzuheben, dass diese Uebelstände, obwohl unzertrennlich von unserem Verfahren, doch nicht diesem zur Last gelegt werden können. Es ist vielmehr recht einsichtlich, dass sie in den Vorbedingungen der Neurosen, die geheilt werden sollen, begründet sind, und dass sie sich an jede ärztliche Thätigkeit heften werden, die mit einer intensiven Bekümmerung um den Kranken einhergeht und eine psychische Veränderung in ihm herbeiführt. Auf die Anwendung der Hypnose konnte ich keinen Schaden und keine Gefahr zurückführen, so ausgiebigen Gebrauch ich auch in einzelnen Fällen von diesem Mittel machte. Wo ich Schaden angestiftet habe, lagen die Gründe anders und tiefer. Ueberblicke ich die therapeutischen Bemühungen dieser Jahre, seitdem mir die Mittheilungen meines verehrten Lehrers und Freundes J. Breuer die kathartische Methode in die Hand gegeben haben, so meine ich, ich habe, weit mehr und häufiger als geschadet doch genützt und manches zustande gebracht, wozu sonst kein therapeutisches Mittel gereicht hätte. Es war im Ganzen, wie es die „Vorläufige Mittheilung“ ausdrückt, „ein bedeutender therapeutischer Gewinn“.

Noch einen Gewinn bei Anwendung dieses Verfahrens muss ich hervorheben. Ich weiss mir einen schweren Fall von complicirter Neurose mit viel oder wenig Beimengung von Hysterie nicht besser zurechtzulegen, als indem ich ihn einer Analyse mit der Breuer'schen Methode unterziehe. Dabei geht zunächst weg, was den hysterischen Mechanismus zeigt; den Rest von Erscheinungen habe ich unterdess bei dieser Analyse deuten und auf seine Aetiologie zurückführen gelernt und habe so die Anhaltspunkte dafür gewonnen, was von dem Rüstzeug der Neurosentherapie im betreffenden Falle angezeigt ist. Wenn ich an die gewöhnliche Verschiedenheit zwischen meinem

Urtheil über einen Fall von Neurose vor und nach einer solchen Analyse denke, gerathe ich fast in Versuchung, diese Analyse für unentbehrlich zur Kenntniss einer neurotischen Erkrankung zu halten. Ich habe mich ferner daran gewöhnt, die Anwendung der kathartischen Psychotherapie mit einer Liegecur zu verbinden, die nach Bedürfniss zur vollen Weir-Mitchell'schen Mastcur ausgestaltet wird. Ich habe dabei den Vortheil, dass ich so einerseits die während einer Psychotherapie sehr störende Einmengung neuer psychischer Eindrücke vermeide, andererseits die Langeweile der Mastcur, in der die Kranken nicht selten in ein schädliches Träumen verfallen, ausschliesse. Man sollte erwarten, dass die oft sehr erhebliche psychische Arbeit, die man während einer kathartischen Cur den Kranken aufbürdet, die Erregungen infolge der Reproduction traumatischer Erlebnisse, dem Sinne der Weir-Mitchell'schen Ruhecur zuwiderliefe und die Erfolge verhinderte, die man von ihr zu sehen gewohnt ist. Allein das Gegentheil trifft zu; man erreicht durch solche Combination der Breuer'schen mit der Weir-Mitchell'schen Therapie alle körperliche Aufbesserung, die man von letzterer erwartet, und so weitgehende psychische Beeinflussung, wie sie ohne Psychotherapie bei der Ruhecur niemals zustande kommt.

II.

Ich knüpfe nun an meine früheren Bemerkungen an, bei meinen Versuchen, die Breuer'sche Methode im grösseren Umfange anzuwenden, sei ich an die Schwierigkeit gerathen, dass eine Anzahl von Kranken nicht in Hypnose zu versetzen war, obwohl die Diagnose auf Hysterie lautete und die Wahrscheinlichkeit für die Geltung des von uns beschriebenen psychischen Mechanismus sprach. Ich bedurfte ja der Hypnose zur Erweiterung des Gedächtnisses, um die im gewöhnlichen Bewusstsein nicht vorhandenen pathogenen Erinnerungen zu finden, musste also entweder auf solche Kranke verzichten oder diese Erweiterung auf andere Weise zu erreichen suchen.

Woran es liegt, dass der eine hypnotisirbar ist, der andere nicht, das wusste ich mir ebensowenig wie Andere zu deuten, konnte also einen causalen Weg zur Beseitigung der Schwierigkeit nicht einschlagen. Ich merkte nur, dass bei manchen Patienten das Hinderniss noch weiter zurück lag; sie weigerten sich bereits des Versuches zur Hypnose. Ich kam dann einmal auf den Einfall, dass beide Fälle identisch sein mögen und beide ein Nichtwollen bedeuten können. Nicht hypnotisirbar sei derjenige, der ein psychisches Bedenken gegen

die Hypnose hat, gleichgiltig, ob er es als Nichtwollen äussert oder nicht. Ich bin mir nicht klar geworden, ob ich diese Auffassung festhalten darf.

Es galt aber, die Hypnose zu umgehen und doch die pathogenen Erinnerungen zu gewinnen. Dazu gelangte ich auf folgende Weise:

Wenn ich bei der erstenZusammenkunft meine Patienten fragte, ob sie sich an den ersten Anlass des betreffenden Symptoms erinnerten, so sagten die einen, sie wüssten nichts, die anderen brachten irgend etwas bei, was sie als eine dunkle Erinnerung bezeichneten und nicht weiter verfolgen konnten. Wenn ich nun nach dem Beispiele von Bernheim bei der Erweckung der angeblich vergessenen Eindrücke aus dem Somnambulismus dringlich wurde, Beiden versicherte, sie wüssten es, sie würden sich besinnen u. s. w. (vgl. p. 93), so fiel den Einen doch etwas ein, und bei Anderen griff die Erinnerung um ein Stück weiter. Nun wurde ich noch dringender, hiess die Kranken sich niederlegen und die Augen willkürlich schliessen, um sich zu „concentriren“, was wenigstens eine gewisse Aehnlichkeit mit der Hypnose ergab, und machte da die Erfahrung, dass ohne alle Hypnose neue und weiter zurück reichende Erinnerungen auftauchten, die wahrscheinlich zu unserem Thema gehörten. Durch solche Erfahrungen gewann ich den Eindruck, es würde in der That möglich sein, die doch sicherlich vorhandenen pathogenen Vorstellungsreihen durch blosses Drängen zum Vorschein zu bringen, und da dieses Drängen mich Anstrengung kostete und mir die Deutung nahe legte, ich hätte einen Widerstand zu überwinden, so setzte sich mir der Sachverhalt ohne weiteres in die Theorie um, dass ich durch meine psychische Arbeit eine psychische Kraft bei dem Patienten zu überwinden habe, die sich dem Bewusstwerden (Erinnern) der pathogenen Vorstellungen widersetze. Ein neues Verständniss schien sich mir nun zu eröffnen, als mir einfiel, diess dürfte wohl dieselbe psychische Kraft sein, die bei der Entstehung des hysterischen Symptoms mitgewirkt und damals das Bewusstwerden der pathogenen Vorstellung verhindert habe. Was für Kraft war da wohl als wirksam anzunehmen, und welches Motiv konnte sie zur Wirkung gebracht haben? Ich konnte mir leicht eine Meinung hierüber bilden; es standen mir ja bereits einige vollendete Analysen zu Gebote, in denen ich Beispiele von pathogenen, vergessenen und ausser Bewusstsein gebrachten, Vorstellungen kennen gelernt hatte. Aus diesen ersah ich einen allgemeinen Charakter solcher Vorstellungen; sie waren sämmtlich

peinlicher Natur, geeignet, die Affecte der Scham, des Vorwurfs, des psychischen Schmerzes, die Empfindung der Beeinträchtigung hervorzurufen, sämmtlich von der Art, wie man sie gerne nicht erlebt haben möchte, wie man sie am liebsten vergisst. Aus alledem ergab sich wie von selbst der Gedanke der Abwehr. Es wird ja von den Psychologen allgemein zugegeben, dass die Annahme einer neuen Vorstellung (Annahme im Sinne des Glaubens, des Zuerkennens von Realität) von der Art und Richtung der bereits im Ich vereinigten Vorstellungen abhängt, und sie haben für den Vorgang der Censur, dem die neu anlangende unterliegt, besondere technische Namen geschaffen. An das Ich des Kranken war eine Vorstellung herangetreten, die sich als unverträglich erwies, die eine Kraft der Abstossung von Seiten des Ich wachrief, deren Zweck die Abwehr dieser unverträglichen Vorstellung war. Diese Abwehr gelang thatsächlich, die betreffende Vorstellung war aus dem Bewusstsein und aus der Erinnerung gedrängt, ihre psychische Spur war anscheinend nicht aufzufinden. Doch musste diese Spur vorhanden sein. Wenn ich mich bemühte, die Aufmerksamkeit auf sie zu lenken, bekam ich dieselbe Kraft als Widerstand zu spüren, die sich bei der Genese des Symptoms als Abstossung gezeigt hatte. Wenn ich nun wahrscheinlich machen konnte, dass die Vorstellung gerade in Folge der Ausstossung und Verdrängung pathogen geworden war, so schien die Kette geschlossen. Ich habe in mehreren Epikrisen unserer Krankengeschichten und in einer kleinen Arbeit über die Abwehr-Neuropsychosen (1894) versucht, die psychologischen Hypothesen anzudeuten, mit deren Hilfe man auch diesen Zusammenhang — die Thatsache der Conversion — anschaulich machen kann.

Also eine psychische Kraft, die Abneigung des Ich, hatte ursprünglich die pathogene Vorstellung aus der Association gedrängt und widersetzte sich jetzt ihrer Wiederkehr in der Erinnerung. Das Nichtwissen der Hysterischen war also eigentlich ein — mehr oder minder bewusstes — Nichtwissenwollen, und die Aufgabe des Therapeuten bestand darin, diesen Associationswiderstand durch psychische Arbeit zu überwinden. Solche Leistung erfolgt zuerst durch „Drängen“, Anwendung eines psychischen Zwanges, um die Aufmerksamkeit der Kranken auf die gesuchten Vorstellungsspuren zu lenken. Sie ist aber damit nicht erschöpft, sondern nimmt, wie ich zeigen werde, im Verlaufe einer Analyse andere Formen an und ruft weitere psychische Kräfte zur Hilfe.

Ich verweile zunächst noch beim Drängen. Mit dem einfachen Versichern: Sie wissen es ja, sagen Sie es doch, es wird Ihnen gleich einfallen, kommt man doch nicht sehr weit. Nach wenigen Sätzen reisst auch bei dem in „Concentration“ befindlichen Kranken der Faden ab. Man darf aber nicht vergessen, dass es sich hier überall um quantitative Vergleichung, um den Kampf zwischen verschieden starken oder intensiven Motiven handelt. Dem „Associationswiderstand“ bei einer ernsthaften Hysterie ist das Drängen des fremden und der Sache unkundigen Arztes an Macht nicht gewachsen. Man muss auf kräftigere Mittel sinnen.

Da bediene ich mich denn zunächst eines kleinen technischen Kunstgriffes. Ich theile dem Kranken mit, dass ich im nächsten Moment einen Druck auf seine Stirne ausüben werde, versichere ihm, dass er während dieses ganzen Druckes eine Erinnerung als Bild vor sich sehen oder als Einfall in Gedanken haben werde, und verpflichte ihn dazu, dieses Bild oder diesen Einfall mir mitzutheilen, was immer das sein möge. Er dürfe es nicht für sich behalten, weil er etwa meine, es sei nicht das Gesuchte, das Richtige, oder weil es ihm zu unangenehm sei, es zu sagen. Keine Kritik, keine Zurückhaltung, weder aus Affect noch aus Geringschätzung! Nur so könnten wir das Gesuchte finden, so fänden wir es aber unfehlbar. Dann drücke ich für ein paar Secunden auf die Stirne des vor mir liegenden Kranken, lasse sie frei und frage ruhigen Tones, als ob eine Enttäuschung ausgeschlossen wäre: Was haben Sie gesehen? oder: Was ist Ihnen eingefallen?

Dieses Verfahren hat mich viel gelehrt und auch jedesmal zum Ziel geführt: ich kann es heute nicht mehr entbehren. Ich weiss natürlich, dass ich solchen Druck auf die Stirne durch irgend ein anderes Signal oder eine andere körperliche Beeinflussung des Kranken ersetzen könnte, aber wie der Kranke vor mir liegt, ergibt sich der Druck auf die Stirne oder das Fassen seines Kopfes zwischen meinen beiden Händen als das Suggestivste und Bequemste, was ich zu diesem Zwecke vornehmen kann. Zur Erklärung der Wirksamkeit dieses Kunstgriffes könnte ich etwa sagen, er entspreche einer „momentan verstärkten Hypnose“, allein der Mechanismus der Hypnose ist mir so räthselhaft, dass ich mich zur Erläuterung nicht auf ihn beziehen möchte. Ich meine eher, der Vortheil des Verfahrens liegt darin, dass ich hiedurch die Aufmerksamkeit des Kranken von seinem bewussten Suchen und Nachdenken, kurz von alledem, woran sich sein Wille

äussern kann, dissociire, ähnlich wie es sich wohl beim Starren in eine krystallene Kugel u. dgl. vollzieht. Die Lehre aber, die ich daraus ziehe, dass sich unter dem Druck meiner Hand jedesmal das einstellt, was ich suche, die lautet: Die angeblich vergessene pathogene Vorstellung liege jedesmal „in der Nähe“ bereit, sei durch leicht zugängliche Associationen erreichbar; es handle sich nur darum, irgend ein Hinderniss wegzuräumen. Dieses Hinderniss scheint wieder der Wille der Person zu sein, und verschiedene Personen lernen es verschieden leicht, sich ihrer Absichtlichkeit zu entäussern und sich vollkommen objectiv beobachtend gegen die psychischen Vorgänge in ihnen zu verhalten.

Es ist nicht immer eine „vergessene“ Erinnerung, die unter dem Druck der Hand auftaucht; in den seltensten Fällen liegen die eigentlich pathogenen Erinnerungen so oberflächlich auffindbar. Weit häufiger taucht eine Vorstellung auf, die ein Mittelglied zwischen der Ausgangsvorstellung und der gesuchten pathogenen in der Associationskette ist, oder eine Vorstellung, die den Ausgangspunkt einer neuen Reihe von Gedanken und Erinnerungen bildet, an deren Ende die pathogene Vorstellung steht. Der Druck hat dann zwar nicht die pathogene Vorstellung enthüllt, — die übrigens ohne Vorbereitung, aus dem Zusammenhange gerissen, unverständlich wäre, — aber er hat den Weg zu ihr gezeigt, die Richtung angegeben, nach welcher die Forschung fortzuschreiten hat. Die durch den Druck zunächst geweckte Vorstellung kann dabei einer wohlbekannten, niemals verdrängten Erinnerung entsprechen. Wo auf dem Wege zur pathogenen Vorstellung der Zusammenhang wieder abreisst, da bedarf es nur einer Wiederholung der Procedur, des Druckes, um neue Orientierung und Anknüpfung zu schaffen.

In noch anderen Fällen weckt man durch den Druck der Hand eine Erinnerung, die an sich dem Kranken wohl bekannt, ihn doch durch ihr Erscheinen in Verwunderung setzt, weil er ihre Beziehung zur Ausgangsvorstellung vergessen hat. Im weiteren Verlaufe der Analyse wird diese Beziehung dann erwiesen. Aus all diesen Ergebnissen des Drückens erhält man den täuschenden Eindruck einer überlegenen Intelligenz ausserhalb des Bewusstseins des Kranken, die ein grosses psychisches Material zu bestimmten Zwecken geordnet hält und ein sinnvolles Arrangement für dessen Wiederkehr in's Bewusstsein getroffen hat. Wie ich vermuthe, ist diese unbewusste zweite Intelligenz doch nur ein Anschein.

In jeder complicirteren Analyse arbeitet man wiederholt, ja eigentlich fortwährend, mit Hilfe dieser Procedur (des Druckes auf die Stirne), welche bald von dort aus, wo die wachen Zurückführungen des Patienten abbrechen, den weiteren Weg über bekannt gebliebene Erinnerungen anzeigt, bald auf Zusammenhänge aufmerksam macht, die in Vergessenheit gerathen sind, dann Erinnerungen hervorruft und anreiht, welche seit vielen Jahren der Association entzogen waren, aber noch als Erinnerungen erkannt werden können, und endlich als höchste Leistung der Reproduction Gedanken auftauchen lässt, die der Kranke niemals als die seinigen anerkennen will, die er nicht erinnert, obwohl er zugesteht, dass sie von dem Zusammenhang unerbittlich gefordert werden, und während er sich überzeugt, dass gerade diese Vorstellungen den Abschluss der Analyse und das Aufhören der Symptome herbeiführen.

Ich will versuchen, einige Beispiele von den ausgezeichneten Leistungen dieses technischen Verfahrens an einander zu reihen: Ich behandelte ein junges Mädchen mit einer unausstehlichen, seit 6 Jahren fortgeschleppten Tussis nervosa, die offenbar aus jedem gemeinen Catarrh Nahrung zog, aber doch ihre starken psychischen Motive haben musste. Jede andere Therapie hatte sich längst ohnmächtig gezeigt; ich versuche also das Symptom auf dem Wege der psychischen Analyse aufzuheben. Sie weiss nur, dass ihr nervöser Husten begann, als sie, 14 Jahre alt, bei einer Tante in Pension war; von psychischen Erregungen in jener Zeit will sie nichts wissen, sie glaubt nicht an eine Motivirung des Leidens. Unter dem Druck meiner Hand erinnert sie sich zuerst an einen grossen Hund. Sie erkennt dann das Erinnerungsbild, es war ein Hund ihrer Tante, der sich ihr anschloss, sie überallhin begleitete u. dgl. Ja, und jetzt fällt ihr, ohne weitere Nachhilfe, ein, dass dieser Hund gestorben, dass die Kinder ihn feierlich begraben haben, und dass auf dem Rückweg von diesem Begräbniss ihr Husten aufgetreten ist. Ich frage, warum, muss aber wieder durch den Druck nachhelfen; da stellt sich denn der Gedanke ein: Jetzt bin ich ganz allein auf der Welt. Niemand liebt mich hier, dieses Thier war mein einziger Freund, und den habe ich jetzt verloren. — Sie setzt nun die Erzählung fort: Der Husten verschwand, als ich von der Tante wegkam, trat aber $1^1/_2$ Jahre später wieder auf. — Was war da der Grund? — Ich weiss nicht. — Ich drücke wieder; sie erinnert sich an die Nachricht vom Tode ihres Onkels, bei welcher der Husten wieder ausbrach, und an einen ähnlichen Gedankengang.

Der Onkel war angeblich der Einzige in der Familie gewesen, der ein Herz für sie gehabt, der sie geliebt hatte. Diess war nun die pathogene Vorstellung: Man liebe sie nicht, man ziehe ihr jeden anderen vor, sie verdiene es auch nicht, geliebt zu werden u. dgl. An der Vorstellung der „Liebe" aber haftete etwas, bei dessen Mittheilung sich ein arger Widerstand erhob. Die Analyse brach noch vor der Klärung ab.

Vor einiger Zeit sollte ich eine ältere Dame von ihren Angstanfällen befreien, die nach ihren Charaktereigenschaften kaum für derartige Beeinflussung geeignet war. Sie war seit der Menopause übermässig fromm geworden und empfing mich jedesmal wie den Gottseibeiuns, mit einem kleinen elfenbeinernen Crucifix bewaffnet, das sie in der Hand verbarg. Ihre Angstanfälle, die hysterischen Charakter trugen, reichten in frühe Mädchenjahre zurück und rührten angeblich von dem Gebrauche eines Jodpräparates her, mit welchem eine mässige Schwellung der Thyreoidea rückgängig gemacht werden sollte. Ich verwarf natürlich diese Herleitung und suchte sie durch eine andere zu ersetzen, die mit meinen Anschauungen über die Aetiologie neurotischer Symptome besser in Einklang stand. Auf die erste Frage nach einem Eindruck aus der Jugend, der mit den Angstanfällen in causalem Zusammenhang stünde, tauchte unter dem Drucke meiner Hand die Erinnerung an die Lecture eines sog. Erbauungsbuches auf, in dem eine, pietistisch genug, gehaltene Erwähnung der Sexualvorgänge zu finden war. Die betreffende Stelle machte auf das Mädchen einen der Intention des Autors entgegengesetzten Eindruck; sie brach in Thränen aus und schleuderte das Buch von sich. Diess war vor dem ersten Angstanfall. Ein zweiter Druck auf die Stirne der Kranken beschwor eine nächste Reminiscenz herauf, die Erinnerung an einen Erzieher der Brüder, der ihr grosse Ehrfurcht bezeugt und für den sie selbst eine wärmere Empfindung verspürt hatte. Diese Erinnerung gipfelte in der Reproduction eines Abends im elterlichen Hause, an dem sie alle mit dem jungen Manne um den Tisch herum sassen und sich im anregenden Gespräch so köstlich unterhielten. In der Nacht, die auf diesen Abend folgte, weckte sie der erste Angstanfall, der wohl mehr mit der Auflehnung gegen eine sinnliche Regung als mit dem etwa gleichzeitig gebrauchten Jod zu thun hatte. — Auf welche andere Weise hätte ich wohl Aussicht gehabt, bei dieser widerspenstigen, gegen mich und jede weltliche Therapie eingenommenen Patientin einen solchen Zusammenhang gegen ihre eigene Meinung und Behauptung aufzudecken?

Ein anderes Mal handelte es sich um eine junge, glücklich verheirathete Frau, die schon in den ersten Mädchenjahren eine Zeit lang jeden Morgen in einem Zustand von Betäubung, mit starren Gliedern, offenem Mund und vorgestreckter Zunge gefunden wurde, und die jetzt ähnliche, wenn auch nicht so arge, Anfälle beim Aufwachen wiederholte. Eine tiefe Hypnose erwies sich als unerreichbar; ich begann also mit der Ausforschung im Zustande der Concentration und versicherte ihr beim ersten Druck, sie werde jetzt etwas sehen, was unmittelbar mit den Ursachen des Zustandes in der Kindheit zusammenhienge. Sie benahm sich ruhig und willig, sah die Wohnung wieder, in der sie die ersten Mädchenjahre verbracht hatte, ihr Zimmer, die Stellung ihres Bettes, die Grossmutter, die damals mit ihnen lebte, und eine ihrer Gouvernanten, die sie sehr geliebt hatte. Mehrere kleine Scenen in diesen Räumen und zwischen diesen Personen, eigentlich alle belanglos, folgten einander; den Schluss machte der Abschied der Gouvernante, die vom Hause weg heirathete. Mit diesen Reminiscenzen wusste ich nun gar nichts anzufangen, eine Beziehung derselben zur Aetiologie der Anfälle konnte ich nicht herstellen. Es war allerdings, an verschiedenen Umständen kenntlich, die nämliche Zeit, in welcher die Anfälle zuerst erschienen waren.

Noch ehe ich aber die Analyse fortsetzen konnte, hatte ich Gelegenheit, mit einem Collegen zu sprechen, der in früheren Jahren Arzt des elterlichen Hauses meiner Patientin gewesen war. Von ihm erhielt ich folgende Aufklärung: Zur Zeit, da er das reifende, körperlich sehr gut entwickelte, Mädchen an jenen ersten Anfällen behandelte, fiel ihm die übergrosse Zärtlichkeit im Verkehr zwischen ihr und der im Haus befindlichen Gouvernante auf. Er schöpfte Verdacht und veranlasste die Grossmutter, die Ueberwachung dieses Verkehres zu übernehmen. Nach kurzer Zeit konnte die alte Dame ihm berichten, dass die Gouvernante dem Kinde nächtliche Besuche im Bette abzustatten pflege, und dass ganz regelmässig nach solchen Nächten das Kind am Morgen im Anfall gefunden werde. Sie zögerten nun nicht, die geräuschlose Entfernung dieser Jugendverderberin durchzusetzen. Die Kinder und selbst die Mutter wurden in der Meinung erhalten, dass die Gouvernante das Haus verlasse, um zu heirathen.

Die, zunächst erfolgreiche, Therapie bestand nun darin, dass ich der jungen Frau die mir gegebene Aufklärung mittheilte.

Gelegentlich erfolgen die Aufschlüsse, die man durch die Procedur des Drückens erhält, in sehr merkwürdiger Form und unter Umständen, welche die Annahme einer unbewussten Intelligenz noch verlockender erscheinen lassen. So erinnere ich mich einer an Zwangsvorstellungen und Phobien seit vielen Jahren leidenden Dame, die mich in Betreff der Entstehung ihres Leidens auf ihre Kinderjahre verwies, aber auch gar nichts zu nennen wusste, was dafür zu beschuldigen gewesen wäre. Sie war aufrichtig und intelligent und leistete nur einen bemerkenswerth geringen, bewussten Widerstand. (Ich schalte hier ein, dass der psychische Mechanismus der Zwangsvorstellungen mit dem der hysterischen Symptome sehr viel innere Verwandtschaft hat, und dass die Technik der Analyse für Beide die nämliche ist.)

Als ich diese Dame fragte, ob sie unter dem Drucke meiner Hand etwas gesehen oder eine Erinnerung bekommen habe, antwortete sie: Keines von Beiden aber mir ist plötzlich ein Wort eingefallen. — Ein einziges Wort? — Ja, aber es klingt zu dumm. — Sagen Sie es immerhin. — „Hausmeister.“ — Weiter nichts? — Nein. — Ich drückte zum zweiten Mal, und nun kam wieder ein vereinzeltes Wort, das ihr durch den Sinn schoss; „Hemd.“ — Ich merkte nun, dass hier eine neuartige Weise Antwort zu geben vorliege, und beförderte durch wiederholten Druck eine anscheinend sinnlose Reihe von Worten heraus: Hausmeister — Hemd — Bett — Stadt — Leiterwagen. Was soll das heissen, fragte ich? Sie sann einen Moment nach, dann fiel ihr ein: Das kann nur die eine Geschichte sein, die mir jetzt in den Sinn kommt. Wie ich 10 Jahre alt war und meine nächstältere Schwester 12, da bekam sie einmal in der Nacht einen Tobsuchtsanfall und musste gebunden und auf einem Leiterwagen in die Stadt geführt werden. Ich weiss es genau, dass es der Hausmeister war, der sie überwältigte und dann auch in die Anstalt begleitete. — Wir setzten nun diese Art der Forschung fort und bekamen von unserem Orakel andere Wortreihen zu hören, die wir zwar nicht sämmtlich deuten konnten, die sich aber doch zur Fortsetzung dieser Geschichte und zur Anknüpfung einer zweiten verwerthen liessen. Auch die Bedeutung dieser Reminiscenz ergab sich bald. Die Erkrankung der Schwester hatte auf sie darum so tiefen Eindruck gemacht, weil die Beiden ein Geheimniss mit einander theilten; sie schliefen in einem Zimmer und hatten in einer bestimmten Nacht Beide die sexuellen Angriffe einer gewissen männlichen Person über sich ergehen lassen.

Mit der Erwähnung dieses sexuellen Traumas in früher Jugend war aber nicht nur die Herkunft der ersten Zwangsvorstellungen, sondern auch das späterhin pathogen wirkende Trauma aufgedeckt. — Die Sonderbarkeit dieses Falles bestand nur in dem Auftauchen von einzelnen Schlagworten, die von uns zu Sätzen verarbeitet werden mussten, denn der Schein der Beziehungs- und Zusammenhangslosigkeit haftet an den ganzen Einfällen und Scenen, die sich sonst beim Drücken ergeben, gerade so wie an diesen orakelhaft hervorgestossenen Worten. Bei weiterer Verfolgung stellt sich dann regelmässig heraus, dass die scheinbar unzusammenhängenden Reminiscenzen durch Gedankenbande enge verknüpft sind, und dass sie ganz direct zu dem gesuchten pathogenen Moment hinführen.

Gerne erinnere ich mich daher an einen Fall von Analyse, in welchem mein Zutrauen in die Ergebnisse des Drückens zuerst auf eine harte Probe gestellt, dann aber glänzend gerechtfertigt wurde: Eine sehr intelligente und anscheinend sehr glückliche junge Frau hatte mich wegen eines hartnäckigen Schmerzes im Unterleib consultirt, welcher der Therapie nicht weichen wollte. Ich erkannte, dass der Schmerz in den Bauchdecken sitze, auf greifbare Muskelschwielen zu beziehen sei, und ordnete locale Behandlung an.

Nach Monaten sah ich die Kranke wieder, die mir sagte: Der Schmerz von damals ist nach der angerathenen Behandlung vergangen und lange weggeblieben, aber jetzt ist er als nervöser wiedergekehrt. Ich erkenne es daran, dass ich ihn nicht mehr bei Bewegungen habe wie früher, sondern nur zu bestimmten Stunden, z. B. morgens beim Erwachen und bei Aufregungen von gewisser Art. — Die Diagnose der Dame war ganz richtig; es galt jetzt, die Ursache dieses Schmerzes auffinden, und dazu konnte sie mir im unbeeinflussten Zustande nicht verhelfen. In der Concentration und unter dem Drucke meiner Hand, als ich sie fragte, ob ihr etwas einfiele oder ob sie etwas sehe, entschied sie sich für's Sehen und begann mir ihre Gesichtsbilder zu beschreiben. Sie sah etwas wie eine Sonne mit Strahlen, was ich natürlich für ein Phosphen, hervorgebracht durch Druck auf die Augen, halten musste. Ich erwartete, dass Brauchbareres nachkommen würde, allein sie setzte fort: Sterne von eigenthümlich blassblauem Licht wie Mondlicht u. dgl. mehr, lauter Flimmer, Glanz und leuchtende Punkte vor den Augen, wie ich meinte. Ich war schon bereit, diesen Versuch zu den missglückten zu zählen, und dachte daran, wie ich mich unauffällig aus der Affaire ziehen

könnte, als mich eine der Erscheinungen, die sie beschrieb, aufmerksam machte. Ein grosses schwarzes Kreuz, wie sie es sah, das geneigt stand, an seinen Rändern denselben Lichtschimmer wie vom Mondlicht hatte, in dem alle bisherigen Bilder erglänzt hatten, und auf dessen Balken ein Flämmchen flackerte; das war doch offenbar kein Phosphen mehr. Ich horchte nun auf; es kamen massenhafte Bilder in demselben Licht, eigenthümliche Zeichen, die etwa dem Sanscrit ähnlich sahen, ferner Figuren wie Dreiecke, ein grosses Dreieck darunter; wiederum das Kreuz . . . Diesmal vermuthe ich eine allegorische Bedeutung und frage, was soll dieses Kreuz? — Es ist wahrscheinlich der Schmerz gemeint, antwortet sie. — Ich wende ein, unter „Kreuz“ verstünde man meist eine moralische Last; was versteckt sich hinter dem Schmerz? — Sie weiss es nicht zu sagen und fährt in ihren Gesichten fort: Eine Sonne mit goldenen Strahlen, die sie auch zu deuten weiss, — das ist Gott, die Urkraft; dann eine riesengrosse Eidechse, die sie fragend, aber nicht schreckhaft anschaut, dann ein Haufen von Schlangen, dann wieder eine Sonne, aber mit milden, silbernen Strahlen, und vor ihr, zwischen ihrer Person und dieser Lichtquelle ein Gitter, welches ihr den Mittelpunkt der Sonne verdeckt.

Ich weiss längst, dass ich es mit Allegorien zu thun habe, und frage sofort nach der Bedeutung des letzten Bildes. Sie antwortet, ohne sich zu besinnen: Die Sonne ist die Vollkommenheit, das Ideal, und das Gitter sind meine Schwächen und Fehler, die zwischen mir und dem Ideal stehen. — Ja, machen Sie sich denn Vorwürfe, sind Sie mit sich unzufrieden? — Freilich. — Seit wann denn? — Seitdem ich Mitglied der theosophischen Gesellschaft bin und die von ihr herausgegebenen Schriften lese. Eine geringe Meinung von mir hatte ich immer. — Was hat denn zuletzt den stärksten Eindruck auf Sie gemacht? — Eine Uebersetzung aus dem Sanscrit, die jetzt in Lieferungen erscheint. — Eine Minute später bin ich in ihre Seelenkämpfe, in die Vorwürfe, die sie sich macht, eingeweiht und höre von einem kleinen Erlebniss, das zu einem Vorwurf Anlass gab, und bei dem der früher organische Schmerz als Erfolg einer Erregungsconversion zuerst auftrat. — Die Bilder, die ich anfangs für Phosphene gehalten hatte, waren Symbole occultistischer Gedankengänge, vielleicht geradezu Embleme von den Titelblättern occultistischer Bücher.

Ich habe jetzt die Leistungen der Hilfsprocedur des Drückens so warm gepriesen und den Gesichtspunkt der Abwehr oder des Wider-

standes die ganze Zeit über so sehr vernachlässigt, dass ich sicherlich den Eindruck erweckt haben dürfte, man sei nun durch diesen kleinen Kunstgriff in den Stand gesetzt, des psychischen Hindernisses gegen eine kathartische Cur Herr zu werden. Allein diess zu glauben, wäre ein arger Irrthum; es gibt dergleichen Profite nicht in der Therapie, soviel ich sehe; zur grossen Veränderung wird hier wie überall grosse Arbeit erfordert. Die Druckprocedur ist weiter nichts als ein Kniff, das abwehrlustige Ich für eine Weile zu überrumpeln; in allen ernsteren Fällen besinnt es sich wieder auf seine Absichten und setzt seinen Widerstand fort.

Ich habe der verschiedenen Formen zu gedenken, in welchen dieser Widerstand auftritt. Zunächst das erste oder zweite Mal misslingt der Druckversuch gewöhnlich. Der Kranke äussert dann sehr enttäuscht: „Ich habe geglaubt, es wird mir etwas einfallen, aber ich habe nur gedacht, wie gespannt ich darauf bin; gekommen ist nichts.“ Solches Sich-in-Positursetzen des Patienten ist noch nicht zu den Hindernissen zu zählen; man sagt darauf: „Sie waren eben zu neugierig; das zweite Mal wird es dafür gehen.“ Und es geht dann wirklich. Es ist merkwürdig, wie vollständig oft die Kranken — und die gefügigsten und intelligentesten mit — an die Verabredung vergessen können, zu der sie sich doch vorher verstanden haben. Sie haben versprochen, alles zu sagen, was ihnen unter dem Drucke der Hand einfällt, gleichgiltig, ob es ihnen beziehungsvoll erscheint oder nicht, und ob es ihnen angenehm zu sagen ist oder nicht, also ohne Auswahl, ohne Beeinflussung durch Kritik oder Affect. Sie halten sich aber nicht an dieses Versprechen, es geht offenbar über ihre Kräfte. Allemal stockt die Arbeit, immer wieder behaupten sie, diesmal sei ihnen nichts eingefallen. Man darf ihnen diess nicht glauben, man muss dann immer annehmen und auch äussern, sie hielten etwas zurück, weil sie es für unwichtig halten oder peinlich empfinden. Man besteht darauf, man wiederholt den Druck, man stellt sich unfehlbar, bis man wirklich etwas zu hören bekömmt. Dann fügt der Kranke hinzu: „Das hätte ich Ihnen schon das erste Mal sagen können.“ — Warum haben Sie es nicht gesagt? — „Ich hab' mir nicht denken können, dass es das sein sollte. Erst als es jedesmal wiedergekommen ist, habe ich mich entschlossen, es zu sagen“. — Oder: „Ich habe gehofft, gerade das wird es nicht sein; das kann ich mir ersparen zu sagen; erst als es sich nicht verdrängen liess, habe ich gemerkt, es wird mir nichts geschenkt.“ — So verräth der Kranke nachträglich die Motive eines Widerstandes,

den er anfänglich gar nicht einbekennen wollte. Er kann offenbar gar nicht anders als Widerstand leisten.

Es ist merkwürdig, hinter welchen Ausflüchten sich dieser Widerstand häufig verbirgt. „Ich bin heute zerstreut, mich stört die Uhr oder das Clavierspiel im Nebenzimmer.“ Ich habe gelernt, darauf zu antworten: Keineswegs, Sie stossen jetzt auf etwas, was Sie nicht gerne sagen wollen. Das nützt ihnen nichts. Verweilen Sie nur dabei. — Je länger die Pause zwischen dem Druck meiner Hand und der Aeusserung des Kranken ausfällt, desto misstrauischer werde ich, desto eher steht zu befürchten, dass der Kranke sich das zurechtlegt, was ihm eingefallen ist, und es in der Reproduction verstümmelt. Die wichtigsten Aufklärungen kommen häufig mit der Ankündigung als überflüssiges Beiwerk, wie die als Bettler verkleideten Prinzen der Oper: „Jetzt ist mir etwas eingefallen, das hat aber nichts damit zu schaffen. Ich sage es Ihnen nur, weil Sie alles zu wissen verlangen.“ Mit dieser Einbegleitung kommt dann meist die langersehnte Lösung; ich horche immer auf, wenn ich den Kranken so geringschätzig von einem Einfall reden höre. Es ist nämlich ein Zeichen der gelungenen Abwehr, dass die pathogenen Vorstellungen bei ihrem Wiederauftauchen so wenig bedeutsam erscheinen; man kann daraus erschliessen, worin der Process der Abwehr bestand; er bestand darin, aus der starken Vorstellung eine schwache zu machen, ihr den Affect zu entreissen.

Die pathogene Erinnerung erkennt man also unter anderen Merkmalen daran, dass sie vom Kranken als unwesentlich bezeichnet und doch nur mit Widerstand ausgesprochen wird. Es gibt auch Fälle, wo sie der Kranke noch bei ihrer Wiederkehr zu verleugnen sucht; „Jetzt ist mir etwas eingefallen, aber das haben Sie mir offenbar eingeredet“, oder: „Ich weiss, was Sie sich bei dieser Frage erwarten. Sie meinen gewiss, ich habe diess und jenes gedacht“. Eine besonders kluge Weise der Verleugnung liegt darin, zu sagen: „Jetzt ist mir allerdings etwas eingefallen; aber das kommt mir vor, als hätte ich es willkürlich hinzugefügt; es scheint mir kein reproducirter Gedanke zu sein“. — Ich bleibe in all' diesen Fällen unerschütterlich fest, ich gehe auf keine dieser Distinctionen ein, sondern erkläre dem Kranken, das seien nur Formen und Vorwände des Widerstandes gegen die Reproduction der einen Erinnerung, die wir trotzdem anerkennen müssten.

Bei der Wiederkehr von Bildern hat man im Allgemeinen leichteres Spiel als bei der von Gedanken; die Hysterischen, die zumeist Visuelle sind, machen es dem Analytiker nicht so schwer wie die Leute mit

Zwangsvorstellungen. Ist einmal ein Bild aus der Erinnerung aufgetaucht, so kann man den Kranken sagen hören, dass es in dem Maass zerbröckele und undeutlich werde, wie er in seiner Schilderung desselben fortschreite. Der Kranke trägt es gleichsam ab, indem er es in Worte umsetzt. Man orientirt sich nun an dem Erinnerungsbild selbst, um die Richtung zu finden, nach welcher die Arbeit fortzusetzen ist. „Schauen Sie sich das Bild nochmals an. Ist es verschwunden? — Im Ganzen ja, aber dieses Detail sehe ich noch. — Dann hat diess noch etwas zu bedeuten. Sie werden entweder etwas Neues dazu sehen, oder es wird Ihnen bei diesem Rest etwas einfallen. — Wenn die Arbeit beendigt ist, zeigt sich das Gesichtsfeld wieder frei, man kann ein anderes Bild hervorlocken. Andere Male aber bleibt ein solches Bild hartnäckig vor dem inneren Auge des Kranken stehen, trotz seiner Beschreibung, und das ist für mich ein Zeichen, dass er mir noch etwas Wichtiges über das Thema des Bildes zu sagen hat. Sobald er diess vollzogen hat, schwindet das Bild, wie ein erlöster Geist zur Ruhe eingeht.

Es ist natürlich von hohem Werth für den Fortgang der Analyse, dass man dem Kranken gegenüber jedesmal Recht behalte, sonst hängt man ja davon ab, was er mitzutheilen für gut findet. Es ist darum tröstlich zu hören, dass die Procedur des Drückens eigentlich niemals fehlschlägt, von einem einzigen Fall abgesehen, den ich später zu würdigen habe, den ich aber sogleich durch die Bemerkung kennzeichnen kann, er entspreche einem besonderen Motiv zum Widerstande. Es kann freilich vorkommen, dass man die Procedur unter Verhältnissen anwendet, in denen sie nichts zu Tage fördern darf; man fragt z. B. nach der weiteren Aetiologie eines Symptoms, wenn dieselbe bereits abgeschlossen vorliegt, oder man forscht nach der psychischen Genealogie eines Symptoms, etwa eines Schmerzes, der in Wahrheit ein somatischer Schmerz war; in diesen Fällen behauptet der Kranke gleichfalls, es sei ihm nichts eingefallen, und befindet sich im Rechte. Man wird sich davor behüten, ihm Unrecht zu thun, wenn man es sich ganz allgemein zur Regel macht, während der Analyse die Miene des ruhig Daliegenden nicht aus dem Auge zu lassen. Man lernt dann ohne jede Schwierigkeit, die seelische Ruhe bei wirklichem Ausbleiben einer Reminiscenz von der Spannung und den Affectanzeichen zu unterscheiden, unter welchen der Kranke im Dienste der Abwehr die auftauchende Reminiscenz zu verleugnen sucht. Auf solchen Erfahrungen ruht übrigens auch die differentialdiagnostische Anwendung der Druckprocedur.

Es ist also die Arbeit auch mit Hilfe der Druckprocedur keine mühelose. Man hat nur den einen Vortheil gewonnen, dass man aus den Ergebnissen dieses Verfahrens gelernt hat, nach welcher Richtung man zu forschen, und welche Dinge man dem Kranken aufzudrängen hat. Für manche Fälle reicht diess aus; es handelt sich ja wesentlich darum, dass ich das Geheimniss errathe und es dem Kranken in's Gesicht zusage; er muss dann meist seine Ablehnung aufgeben. In anderen Fällen brauche ich mehr; der überdauernde Widerstand des Kranken zeigt sich darin, dass die Zusammenhänge reissen, die Lösungen ausbleiben, die erinnerten Bilder undeutlich und unvollständig kommen. Man erstaunt oft, wenn man aus einer späteren Periode einer Analyse auf die frühern zurückblickt, wie verstümmelt alle die Einfälle und Scenen waren, die man dem Kranken durch die Procedur des Drückens entrissen hat. Es fehlte gerade das Wesentliche daran, die Beziehung auf die Person oder auf das Thema, und das Bild blieb darum unverständlich. Ich will ein oder zwei Beispiele für das Wirken einer solchen Censurirung beim ersten Auftauchen der pathogenen Erinnerungen geben. Der Kranke sieht z. B. einen weiblichen Oberkörper, an dessen Hülle wie durch Nachlässigkeit etwas klafft; erst viel später fügt er zu diesem Torso den Kopf, um damit eine Person und eine Beziehung zu verrathen. Oder er erzählt eine Reminiscenz aus seiner Kindheit von zwei Buben, deren Gestalt ihm ganz dunkel ist, denen man eine gewisse Unart nachgesagt hätte. Es bedarf vieler Monate und grosser Fortschritte im Gange der Analyse, bis er diese Reminiscenz wiedersieht und in dem einen der Kinder sich selbst, im anderen seinen Bruder erkennt. Welche Mittel hat man nun zur Verfügung, um diesen fortgesetzten Widerstand zu überwinden?

Wenige, aber doch fast alle die, durch die sonst ein Mensch eine psychische Einwirkung auf einen anderen übt. Man muss sich zunächst sagen, dass psychischer Widerstand, besonders ein seit langem constituirter, nur langsam und schrittweise aufgelöst werden kann, und muss in Geduld warten. Sodann darf man auf das intellectuelle Interesse rechnen, das sich nach kurzer Arbeit beim Kranken zu regen beginnt. Indem man ihn aufklärt, ihm von der wundersamen Welt der psychischen Vorgänge Mittheilungen macht, in die man selbst erst durch solche Analysen Einblick gewonnen hat, gewinnt man ihn selbst zum Mitarbeiter, bringt man ihn dazu, sich selbst mit dem objectiven Interesse des Forschers zu betrachten, und drängt so den auf affectiver Basis beruhenden Widerstand zurück. Endlich aber, — und diess bleibt der

stärkste Hebel —, muss man versuchen, nachdem man die Motive seiner Abwehr errathen, diese Motive zu entwerthen, oder selbst sie durch stärkere zu ersetzen. Hier hört wohl die Möglichkeit auf, die psychotherapeutische Thätigkeit in Formeln zu fassen. Man wirkt, so gut man kann, als Aufklärer, wo die Ignoranz eine Scheu erzeugt hat, als Lehrer, als Vertreter einer freieren oder überlegenen Weltauffassung, als Beichthörer, der durch die Fortdauer seiner Theilnahme und seiner Achtung nach abgelegtem Geständniss gleichsam Absolution ertheilt; man sucht dem Kranken menschlich etwas zu leisten, soweit der Umfang der eigenen Persönlichkeit und das Maass von Sympathie, das man für den betreffenden Fall aufbringen kann, diess gestatten. Für solche psychische Bethätigung ist als unerlässliche Voraussetzung erforderlich, dass man die Natur des Falles und die Motive der hier wirksamen Abwehr ungefähr errathen habe, und zum Glück trägt die Technik des Drängens und der Druckprocedur gerade so weit. Je mehr man dergleichen Räthsel bereits gelöst hat, desto leichter wird man vielleicht ein neues errathen, und desto früher wird man die eigentlich heilende psychische Arbeit in Angriff nehmen können. Denn es ist gut, sich diess völlig klar zu machen: Wenn auch der Kranke sich von dem hysterischen Symptom erst befreit, indem er die es verursachenden pathogenen Eindrücke reproducirt und unter Affectäusserung ausspricht, so liegt doch die therapeutische Aufgabe nur darin, ihn dazu zu bewegen, und wenn diese Aufgabe einmal gelöst ist, so bleibt für den Arzt nichts mehr zu corrigiren oder aufzuheben übrig. Alles, was es an Gegensuggestionen dafür braucht, ist bereits während der Bekämpfung des Widerstandes aufgewendet worden. Der Fall ist etwa mit dem Aufschliessen einer versperrten Thüre zu vergleichen, wonach das Niederdrücken der Klinke, um sie zu öffnen, keine Schwierigkeit mehr hat.

Neben den intellectuellen Motiven, die man zur Ueberwindung des Widerstandes heranzieht, wird man ein affectives Moment, die persönliche Geltung des Arztes, selten entbehren können, und in einer Anzahl von Fällen wird Letzteres allein im Stande sein, den Widerstand zu beheben. Das ist hier nicht anders als sonst in der Medizin, und man wird keiner therapeutischen Methode zumuthen dürfen, auf die Mitwirkung dieses persönlichen Momentes gänzlich zu verzichten.

III.

Angesichts der Ausführungen des vorstehenden Abschnittes, der Schwierigkeiten meiner Technik, die ich rückhaltlos aufgedeckt habe, — ich habe sie übrigens aus den schwersten Fällen zusammengetragen, es wird oft sehr viel bequemer gehen —; angesichts dieses Sachverhaltes also wird wohl jeder die Frage aufwerfen wollen, ob es nicht zweckmässiger sei, anstatt all dieser Quälereien sich energischer um die Hypnose zu bemühen oder die Anwendung der kathartischen Methode auf solche Kranke zu beschränken, die in tiefe Hypnose zu versetzen sind. Auf letzteren Vorschlag müsste ich antworten, dass dann die Zahl der brauchbaren Patienten für meine Geschicklichkeit allzusehr einschrumpfen würde; dem ersteren Rath aber werde ich die Muthmaassung entgegensetzen, es dürfte durch Erzwingen der Hypnose nicht viel vom Widerstand zu ersparen sein. Meine Erfahrungen hierüber sind eigenthümlicher Weise nur wenig zahlreich, ich kann daher nicht über die Muthmaassung hinauskommen: aber wo ich eine kathartische Cur in der Hypnose anstatt in der Concentration durchgeführt habe, fand ich die mir zufallende Arbeit dadurch nicht verringert. Ich habe erst unlängst eine solche Behandlung beendigt, in deren Verlauf ich eine hysterische Lähmung der Beine zum Weichen brachte. Die Patientin gerieth in einen Zustand, der psychisch vom Wachen sehr verschieden war und somatisch dadurch ausgezeichnet, dass sie die Augen unmöglich öffnen oder sich erheben konnte, ehe ich ihr zugerufen hatte: Jetzt wachen Sie auf, und doch habe ich in keinem Falle grösseren Widerstand gefunden als gerade in diesem. Ich legte auf diese körperlichen Zeichen keinen Werth, und gegen Ende der, zehn Monate währenden, Behandlung waren sie auch unmerklich geworden; der Zustand der Patientin, in dem wir arbeiteten, hatte darum von seinen psychischen Eigenthümlichkeiten, der Fähigkeit sich an Unbewusstes zu erinnern, der ganz besonderen Beziehung zur Person des Arztes nichts eingebüsst. In der Geschichte der Frau Emmy v. N. . . habe ich allerdings ein Beispiel einer im tiefsten Somnambulismus ausgeführten kathartischen Cur geschildert, in welcher der Widerstand fast keine Rolle spielte. Allein von dieser Frau habe ich auch nichts erfahren, zu dessen Mittheilung es einer besonderen Ueberwindung bedurft hätte, nichts, was sie mir nicht bei längerer Bekanntschaft und einiger Schätzung auch im Wachen hätte erzählen können. Auf die eigentlichen Ursachen ihrer Erkrankung,

sicherlich identisch mit den Ursachen ihrer Recidiven nach meiner Behandlung, bin ich gar nicht gekommen; — es war eben mein erster Versuch in dieser Therapie, — und das einzige Mal, als ich zufällig eine Reminiscenz von ihr forderte, in die sich ein Stück Erotik einmengte, fand ich sie ebenso widerstrebend und unverlässlich in ihren Angaben wie später irgend eine andere meiner nicht somnambulen Patientinnen. Von dem Widerstand dieser Frau auch im Somnambulismus gegen andere Anforderungen und Zumuthungen habe ich bereits in ihrer Krankengeschichte gesprochen. Ueberhaupt ist mir der Werth der Hypnose für die Erleichterung kathartischer Curen zweifelhaft geworden, seitdem ich Beispiele erlebt habe von absoluter therapeutischer Unfügsamkeit bei ausgezeichnetem andersartigen Gehorsam im tiefen Somnambulismus. Einen Fall dieser Art habe ich kurz auf p. 85 mitgetheilt; ich könnte noch andere hinzufügen. Ich gestehe übrigens, dass diese Erfahrung meinem Bedürfniss nach quantitativer Relation zwischen Ursache und Wirkung auch auf psychischem Gebiete nicht übel entsprochen hat.

In der bisherigen Darstellung hat sich uns die Idee des Widerstandes in den Vordergrund gedrängt; ich habe gezeigt, wie man bei der therapeutischen Arbeit zu der Auffassung geleitet wird, die Hysterie entstehe durch die Verdrängung einer unverträglichen Vorstellung aus dem Motive der Abwehr, die verdrängte Vorstellung bleibe als eine schwache (wenig intensive) Erinnerungsspur bestehen, der ihr entrissene Affect werde für eine somatische Innervation verwendet: Conversion der Erregung. Die Vorstellung werde also gerade durch ihre Verdrängung Ursache krankhafter Symptome, also pathogen. Einer Hysterie, die diesen psychischen Mechanismus aufweist, darf man den Namen „Abwehrhysterie“ beilegen. Nun haben wir Beide, Breuer und ich, zu wiederholten Malen von zwei anderen Arten der Hysterie gesprochen, für welche wir die Namen „Hypnoid- und Retentionshysterie“ in Gebrauch zogen. Die Hypnoidhysterie ist diejenige, die überhaupt zuerst in unseren Gesichtskreis getreten ist; ich wüsste ja kein besseres Beispiel für eine solche anzuführen als den ersten Fall Breuer's, der unter unseren Krankengeschichten an erster Stelle steht. Für eine solche Hypnoidhysterie hat Breuer einen von dem der Conversionsabwehr wesentlich verschiedenen psychischen Mechanismus angegeben. Hier soll also eine Vorstellung dadurch pathogen werden, dass sie, in einem besonderen psychischen Zustand

empfangen, von vorne herein ausserhalb des Ich verblieben ist. Es hat also keiner psychischen Kraft bedurft, sie von dem Ich abzuhalten, und es darf keinen Widerstand erwecken, wenn man sie mit Hilfe der somnambulen Geistesthätigkeit in das Ich einführt. Die Krankengeschichte der Anna O. zeigt auch wirklich nichts von einem solchen Widerstand.

Ich halte diesen Unterschied für so wesentlich, dass ich mich durch ihn gerne bestimmen lasse, an der Aufstellung der Hypnoidhysterie festzuhalten. Meiner eigenen Erfahrung ist merkwürdiger Weise keine echte Hypnoidhysterie begegnet; was ich in Angriff nahm, verwandelte sich in Abwehrhysterie. Nicht etwa, dass ich es niemals mit Symptomen zu thun gehabt hätte, die nachweisbar in abgesonderten Bewusstseinszuständen entstanden waren und darum von der Aufnahme in's Ich ausgeschlossen bleiben mussten. Diess traf auch in meinen Fällen mitunter zu, aber dann konnte ich doch nachweisen, dass der sog. hypnoide Zustand seine Absonderung dem Umstand verdankte, dass in ihm eine vorher durch Abwehr abgespaltene psychische Gruppe zur Geltung kam. Kurz, ich kann den Verdacht nicht unterdrücken, dass Hypnoid- und Abwehrhysterie irgendwo an ihrer Wurzel zusammentreffen, und dass dabei die Abwehr das Primäre ist. Ich weiss aber nichts darüber.

Gleich unsicher ist derzeit mein Urtheil über die „Retentionshysterie", bei welcher die therapeutische Arbeit gleichfalls ohne Widerstand erfolgen sollte. Ich habe einen Fall gehabt, den ich für eine typische Retentionshysterie gehalten habe; ich freute mich auf den leichten und sicheren Erfolg, aber dieser Erfolg blieb aus, so leicht auch wirklich die Arbeit war. Ich vermuthe daher, wiederum mit aller Zurückhaltung, die der Unwissenheit geziemt, dass auch bei der Retentionshysterie auf dem Grunde ein Stück Abwehr zu finden ist, welches den ganzen Vorgang in's Hysterische gedrängt hat. Ob ich mit dieser Tendenz zur Ausdehnung des Abwehrbegriffes auf die gesammte Hysterie Gefahr laufe, der Einseitigkeit und dem Irrthum zu verfallen, werden ja hoffentlich neue Erfahrungen bald entscheiden.

Ich habe bisher von den Schwierigkeiten und der Technik der kathartischen Methode gehandelt und möchte noch einige Andeutungen hinzufügen, wie sich mit dieser Technik eine Analyse gestaltet. Es ist diess ein für mich sehr interessantes Thema, von dem ich aber nicht erwarten kann, es werde ähnliches Interesse bei Anderen erregen, die noch keine solche Analyse ausgeführt haben. Es wird eigentlich wiederum von Technik die Rede sein, aber diesmal von den inhaltlichen Schwierigkeiten, für die man den Kranken nicht verantwortlich machen kann, die zum Theil bei einer Hypnoid- und Retentionshysterie dieselben sein müssten wie bei den mir als Muster vorschwebenden Abwehrhysterien. Ich gehe an dieses letzte Stück der Darstellung mit der Erwartung, die hier aufzudeckenden psychischen Eigenthümlichkeiten könnten einmal für eine Vorstellungsdynamik einen gewissen Werth als Rohmaterial erlangen.

Der erste und mächtigste Eindruck, den man sich bei einer solchen Analyse holt, ist gewiss der, dass das pathogene psychische Material, das angeblich vergessen ist, dem Ich nicht zur Verfügung steht, in der Association und im Erinnern keine Rolle spielt, — doch in irgend einer Weise bereit liegt, und zwar in richtiger und guter Ordnung. Es handelt sich nur darum, Widerstände zu beseitigen, die den Weg dazu versperren. Sonst aber wird es gewusst, wie wir überhaupt etwas wissen können; die richtigen Verknüpfungen der einzelnen Vorstellungen unter einander und mit nicht pathogenen, häufig erinnerten, sind vorhanden, sind seinerzeit vollzogen und im Gedächtniss bewahrt worden. Das pathogene psychische Material erscheint als das Eigenthum einer Intelligenz, die der des normalen Ich nicht nothwendig nachsteht. Der Schein einer zweiten Persönlichkeit wird oft auf das täuschendste hergestellt.

Ob dieser Eindruck berechtigt ist, ob man dabei nicht die Anordnung des psychischen Materials, die nach der Erledigung resultirt, in die Zeit der Krankheit zurückverlegt, diess sind Fragen, die ich noch nicht und nicht an dieser Stelle in Erwägung ziehen möchte. Man kann die bei solchen Analysen gemachten Erfahrungen jedenfalls nicht bequemer und anschaulicher beschreiben, als wenn man sich auf den Standpunkt stellt, den man nach der Erledigung zur Ueberschau des Ganzen einnehmen darf.

Die Sachlage ist ja meist keine so einfache, wie man sie für besondere Fälle, z. B. für ein einzelnes, in einem grossen Trauma entstandenes Symptom dargestellt hat. Man hat zumeist nicht ein

einziges hysterisches Symptom, sondern eine Anzahl von solchen, die theils unabhängig von einander, theils mit einander verknüpft sind. Man darf nicht eine einzige traumatische Erinnerung und als Kern derselben eine einzige pathogene Vorstellung erwarten, sondern muss auf Reihen von Partialtraumen und Verkettungen von pathogenen Gedankengängen gefasst sein. Die monosymptomatische traumatische Hysterie ist gleichsam ein Elementarorganismus, ein einzelliges Wesen im Vergleich zum complicirten Gefüge einer schwereren hysterischen Neurose, wie wir ihr gemeinhin begegnen.

Das psychische Material einer solchen Hysterie stellt sich nun dar als ein mehrdimensionales Gebilde von mindestens dreifacher Schichtung. Ich hoffe, ich werde diese bildliche Ausdrucksweise bald rechtfertigen können. Es ist zunächst ein Kern vorhanden von solchen Erinnerungen (an Erlebnisse oder Gedankengänge), in denen das traumatische Moment gegipfelt, oder die pathogene Idee ihre reinste Ausbildung gefunden hat. Um diesen Kern herum findet man eine oft unglaublich reichliche Menge von anderem Erinnerungsmaterial, die man bei der Analyse durcharbeiten muss in, wie erwähnt, dreifacher Anordnung. Erstens ist eine lineare chronologische Anordnung unverkennbar, die innerhalb jedes einzelnen Themas statthat. Als Beispiel für diese citire ich bloss die Anordnungen in Breuer's Analyse der Anna O. Das Thema sei das des Taubwerdens, des Nichthörens (pag. 28); das differenzirte sich dann nach 7 Bedingungen, und unter jeder Ueberschrift waren 10 bis über 100 Einzelerinnerungen in chronologischer Reihenfolge gesammelt. Es war, als ob man ein, wohl in Ordnung gehaltenes, Archiv ausnehmen würde. In der Analyse meiner Patientin Emmy v. N . . . sind ähnliche, wenn auch nicht so vollzählig dargestellte Erinnerungsfascikel enthalten: sie bilden aber ein ganz allgemeines Vorkommniss in jeder Analyse, treten jedesmal in einer chronologischen Ordnung auf, die so unfehlbar verlässlich ist wie die Reihenfolge der Wochentage oder Monatenamen beim geistig normalen Menschen, und erschweren die Arbeit der Analyse durch die Eigenthümlichkeit, dass sie die Reihenfolge ihrer Entstehung bei der Reproduction umkehren; das frischeste, jüngste Erlebniss des Fascikels kommt als „Deckblatt" zuerst, und den Schluss macht jener Eindruck, mit dem in Wirklichkeit die Reihe anfing.

Ich habe die Gruppirung gleichartiger Erinnerungen zu einer linear geschichteten Mehrheit, wie es ein Actenbündel, ein Paket udgl. darstellt, als Bildung eines Themas bezeichnet. Diese Themen nun

zeigen eine zweite Art von Anordnung; sie sind, ich kann es nicht anders ausdrücken, concentrisch um den pathogenen Kern geschichtet. Es ist nicht schwer zu sagen, was diese Schichtung ausmacht, nach welcher ab- oder zunehmenden Grösse diese Anordnung erfolgt. Es sind Schichten gleichen, gegen den Kern hin wachsenden Widerstandes und damit Zonen gleicher Bewusstseinsveränderung, in denen sich die einzelnen Themen erstrecken. Die periphersten Schichten enthalten von verschiedenen Themen jene Erinnerungen (oder — Fascikel), die leicht erinnert werden und immer klar bewusst waren; je tiefer man geht, desto schwieriger werden die auftauchenden Erinnerungen erkannt, bis man nahe am Kern auf solche stösst, die der Patient noch bei der Reproduction verleugnet.

Diese Eigenthümlichkeit der concentrischen Schichtung des pathogenen psychischen Materials ist es, die dem Verlaufe solcher Analysen ihre, wie wir hören werden, charakteristischen Züge verleiht. Jetzt ist noch eine dritte Art von Anordnung zu erwähnen, die wesentlichste, über die am wenigsten leicht eine allgemeine Aussage zu machen ist. Es ist die Anordnung nach dem Gedankeninhalt, die Verknüpfung durch den bis zum Kern reichenden logischen Faden, der einem in jedem Falle besonderen, unregelmässigen und vielfach abgeknickten Weg entsprechen mag. Diese Anordnung hat einen dynamischen Charakter, im Gegensatz zum morphologischen der beiden vorerst erwähnten Schichtungen. Während letztere in einem räumlich ausgeführten Schema durch starre, bogenförmige und gerade Linien darzustellen wären, müsste man dem Gang der logischen Verkettung mit einem Stäbchen nachfahren, welches auf den verschlungensten Wegen aus oberflächlichen in tiefe Schichten und zurück, doch im Allgemeinen von der Peripherie her zum centralen Kern vordringt und dabei alle Stationen berühren muss, also ähnlich wie das Zickzack der Lösung einer Rösselsprungaufgabe über die Felderzeichnung hinweggeht.

Ich halte letzteren Vergleich noch für einen Moment fest, um einen Punkt hervorzuheben, in dem er den Eigenschaften des Verglichenen nicht gerecht wird. Der logische Zusammenhang entspricht nicht nur einer zickzackförmig geknickten Linie, sondern vielmehr einer verzweigten, und ganz besonders einem convergirenden Liniensystem. Er hat Knotenpunkte, in denen zwei oder mehrere Fäden zusammentreffen, um von da an vereinigt weiterzuziehen, und in den Kern münden in der Regel mehrere unabhängig von einander verlaufende oder durch Seitenwege stellenweise verbundene Fäden ein. Es ist sehr bemerkens-

werth, um es mit anderen Worten zu sagen, wie häufig ein Symptom mehrfach determinirt, überbestimmt ist.

Mein Versuch, die Organisation des pathogenen psychischen Materials zu veranschaulichen, wird abgeschlossen sein, wenn ich noch eine einzige Complication einführe. Es kann nämlich der Fall vorliegen, dass es sich um mehr als einen einzigen Kern im pathogenen Material handle, so z. B. wenn ein zweiter hysterischer Ausbruch zu analysiren ist, der seine eigene Aetiologie hat, aber doch mit einem, Jahre vorher überwundenen, ersten Ausbruch acuter Hysterie zusammenhängt. Man kann sich dann leicht vorstellen, welche Schichten und Gedankenwege hinzukommen müssen, um zwischen den beiden pathogenen Kernen eine Verbindung herzustellen.

Ich will an das so gewonnene Bild von der Organisation des pathogenen Materiales noch die eine oder die andere Bemerkung anknüpfen. Wir haben von diesem Material ausgesagt, es benehme sich wie ein Fremdkörper; die Therapie wirke auch wie die Entfernung eines Fremdkörpers aus dem lebenden Gewebe. Wir sind jetzt in der Lage einzusehen, worin dieser Vergleich fehlt. Ein Fremdkörper geht keinerlei Verbindung mit den ihn umlagernden Gewebsschichten ein, obwohl er dieselben verändert, zur reactiven Entzündung nöthigt. Unsere pathogene psychische Gruppe dagegen lässt sich nicht sauber aus dem Ich herausschälen, ihre äusseren Schichten gehen allseitig in Antheile des normalen Ich über, gehören letzterem eigentlich ebenso sehr an wie der pathogenen Organisation. Die Grenze zwischen Beiden wird bei der Analyse rein conventionell, bald hier, bald dort gesteckt, ist an einzelnen Stellen wohl gar nicht anzugeben. Die inneren Schichten entfremden sich dem Ich immer mehr und mehr, ohne dass wiederum die Grenze des Pathogenen irgendwo sichtbar begänne. Die pathogene Organisation verhält sich nicht eigentlich wie ein Fremdkörper, sondern weit eher wie ein Infiltrat. Als das Infiltrirende muss in diesem Gleichniss der Widerstand genommen werden. Die Therapie besteht ja auch nicht darin, etwas zu exstirpiren, — das vermag die Psychotherapie heute nicht, — sondern den Widerstand zum Schmelzen zu bringen und so der Circulation den Weg in ein bisher abgesperrtes Gebiet zu bahnen.

(Ich bediene mich hier einer Reihe von Gleichnissen, die alle nur eine recht begrenzte Aehnlichkeit mit meinem Thema haben, und die sich auch unter einander nicht vertragen. Ich weiss dies, und bin nicht in Gefahr, deren Werth zu überschätzen, aber mich leitet

die Absicht, ein höchst complicirtes und noch niemals dargestelltes Denkobject von verschiedenen Seiten her zu veranschaulichen, und darum erbitte ich mir die Freiheit, auch noch auf den folgenden Seiten in solcher, nicht einwandfreien Weise mit Vergleichen zu schalten.)

Wenn man nach vollendeter Erledigung das pathogene Material in seiner nun erkannten, complicirten, mehrdimensionalen Organisation einem Dritten zeigen könnte, würde dieser mit Recht die Frage aufwerfen: Wie kam ein solches Kameel durch das Nadelöhr? Man spricht nämlich nicht mit Unrecht von einer „Enge des Bewusstseins". Der Terminus gewinnt Sinn und Lebensfrische für den Arzt, der eine solche Analyse durchführt. Es kann immer nur eine einzelne Erinnerung in's Ichbewusstsein eintreten; der Kranke, der mit der Durcharbeitung dieser einen beschäftigt ist, sieht nichts von dem, was nachdrängt, und vergisst an das, was bereits durchgedrungen ist. Stösst die Bewältigung dieser einen pathogenen Erinnerung auf Schwierigkeiten, wie z. B. wenn der Kranke mit dem Widerstande gegen sie nicht nachlässt, wenn er sie verdrängen oder verstümmeln will, so ist der Engpass gleichsam verlegt; die Arbeit stockt, es kann nichts anderes kommen, und die eine im Durchbruch befindliche Erinnerung bleibt vor dem Kranken stehen, bis er sie in die Weite des Ich's aufgenommen hat. Die ganze räumlich ausgedehnte Masse des pathogenen Materials wird so durch eine enge Spalte durchgezogen, langt also, wie in Stücke oder Bänder zerlegt, im Bewusstsein an. Es ist Aufgabe des Psychotherapeuten, daraus die vermuthete Organisation wieder zusammenzusetzen. Wer noch nach Vergleichen gelüstet, der mag sich hier an ein Geduldspiel erinnern.

Steht man davor, eine solche Analyse zu beginnen, wo man eine derartige Organisation des pathogenen Materials erwarten darf, kann man sich folgende Ergebnisse der Erfahrung zu Nutze machen: *Es ist ganz aussichtslos, directe zum Kern der pathogenen Organisation vorzudringen.* Könnte man diesen selbst errathen, so würde der Kranke doch mit der ihm geschenkten Aufklärung nichts anzufangen wissen und durch sie psychisch nicht verändert werden.

Es bleibt nichts übrig, als sich zunächst an die Peripherie des pathogenen psychischen Gebildes zu halten. Man beginnt damit, den Kranken erzählen zu lassen, was er weiss und erinnert, wobei man bereits seine Aufmerksamkeit dirigirt und durch Anwendung der Druckprocedur leichtere Widerstände überwindet. Jedesmal, wenn man

durch Drücken einen neuen Weg eröffnet hat, darf man erwarten, dass der Kranke ihn ein Stück weit ohne neuen Widerstand fortsetzen wird.

Hat man eine Weile auf solche Weise gearbeitet, so regt sich gewöhnlich eine mitarbeitende Thätigkeit im Kranken. Es fallen ihm jetzt eine Fülle von Reminiscenzen ein, ohne dass man ihm Fragen und Aufgaben zu stellen braucht; man hat sich eben den Weg in eine innere Schichte gebahnt, innerhalb welcher der Kranke jetzt über das Material von gleichem Widerstande spontan verfügt. Man thut gut daran, ihn eine Weile unbeeinflusst reproduciren zu lassen; er ist selber zwar nicht im Stande, wichtige Zusammenhänge aufzudecken, aber das Abtragen innerhalb derselben Schichte darf man ihm überlassen. Die Dinge, die er so beibringt, scheinen oft zusammenhanglos, geben aber das Material ab, das durch späterhin erkannten Zusammenhang belebt wird.

Man hat sich hier im Allgemeinen vor zweierlei zu bewahren. Wenn man den Kranken in der Reproduction der ihm zuströmenden Einfälle hemmt, so kann man sich manches „verschütten", was späterhin mit grosser Mühe doch freigemacht werden muss. Andererseits darf man seine „unbewusste Intelligenz" nicht überschätzen und ihr nicht die Leitung der ganzen Arbeit überlassen. Wollte ich den Arbeitsmodus schematisiren, so könnte ich etwa sagen, man übernimmt selbst die Eröffnung innerer Schichten, das Vordringen in radialer Richtung, während der Kranke die peripherische Erweiterung besorgt.

Das Vordringen geschieht ja dadurch, dass man in der vorhin angedeuteten Weise Widerstand überwindet. In der Regel aber hat man vorher noch eine andere Aufgabe zu lösen. Man muss ein Stück des logischen Fadens in die Hand bekommen, unter dessen Leitung man allein in das Innere einzudringen hoffen darf. Man erwarte nicht, dass die freien Mittheilungen des Kranken, das Material der am meisten oberflächlichen Schichten, es dem Analytiker leicht machen zu erkennen, an welchen Stellen es in die Tiefe geht, an welche Punkte die gesuchten Gedankenzusammenhänge anknüpfen. Im Gegentheil; gerade diess ist sorgfältig verhüllt, die Darstellung des Kranken klingt wie vollständig und in sich gefestigt. Man steht zuerst vor ihr wie vor einer Mauer, die jede Aussicht versperrt und die nicht ahnen lässt, ob etwas und was denn doch dahinter steckt.

Wenn man aber die Darstellung, die man vom Kranken ohne viel Mühe und Widerstand erhalten hat, mit kritischem Auge mustert,

wird man ganz unfehlbar Lücken und Schäden in ihr entdecken. Hier ist der Zusammenhang sichtlich unterbrochen und wird vom Kranken durch eine Redensart, eine ganz ungenügende Auskunft nothdürftig ergänzt; dort stösst man auf ein Motiv, das bei einem normalen Menschen als ein ohnmächtiges zu bezeichnen wäre. Der Kranke will diese Lücken nicht anerkennen, wenn er auf sie aufmerksam gemacht wird. Der Arzt aber thut Recht daran, wenn er hinter diesen schwachen Stellen den Zugang zu dem Material der tieferen Schichten sucht, wenn er gerade hier die Fäden des Zusammenhanges aufzufinden hofft, denen er mit der Druckprocedur nachspürt. Man sagt dem Kranken also: Sie irren sich; das, was Sie angeben, kann mit dem Betreffenden nichts zu thun haben. Hier müssen wir auf etwas Anderes stossen, was Ihnen unter dem Druck meiner Hand einfallen wird.

Man darf nämlich an einen Gedankengang bei einem Hysterischen, und reichte er auch in's Unbewusste, dieselben Anforderungen von logischer Verknüpfung und ausreichender Motivirung stellen, die man bei einem normalen Individuum erheben würde. Eine Lockerung dieser Beziehungen liegt nicht im Machtbereich der Neurose. Wenn die Vorstellungsverknüpfungen der Neurotischen und speciell der Hysterischen einen anderen Eindruck machen, wenn hier die Relation der Intensitäten verschiedener Vorstellungen aus psychologischen Bedingungen allein unerklärbar scheint, so haben wir ja gerade für diesen Anschein den Grund kennen gelernt und wissen ihn als Existenz verborgener, unbewusster Motive zu nennen. Wir dürfen also solche geheime Motive überall dort vermuthen, wo ein solcher Sprung im Zusammenhang, eine Ueberschreitung des Maasses normal berechtigter Motivirung nachzuweisen ist.

Natürlich muss man sich bei solcher Arbeit von dem theoretischen Vorurtheil frei halten, man habe es mit abnormen Gehirnen von Dégénerés und Deséquilibrés zu thun, denen die Freiheit, die gemeinen psychologischen Gesetze der Vorstellungsverbindung über den Haufen zu werfen, als Stigma eigen wäre, bei denen eine beliebige Vorstellung ohne Motiv übermässig intensiv wachsen, eine andere ohne psychologischen Grund unverwüstlich bleiben kann. Die Erfahrung zeigt für die Hysterie das Gegentheil; hat man die verborgenen — oft unbewusst gebliebenen — Motive herausgefunden und bringt sie in Rechnung, so bleibt auch an der hysterischen Gedankenverknüpfung nichts räthselhaft und regelwidrig.

Auf solche Art also, durch Aufspüren von Lücken in der ersten Darstellung des Kranken, die oft durch „falsche Verknüpfungen" gedeckt sind, greift man ein Stück des logischen Fadens an der Peripherie auf und bahnt sich durch die Druckprocedur von da aus den weiteren Weg.

Sehr selten gelingt es dabei, sich an demselben Faden bis in's Innere durchzuarbeiten; meist reisst er unterwegs ab, indem der Druck versagt, gar kein Ergebniss liefert oder eines, das mit aller Mühe nicht zu klären und nicht fortzusetzen ist. Man lernt es bald, sich in diesem Falle vor den naheliegenden Verwechslungen zu schützen. Die Miene des Kranken muss es entscheiden, ob man wirklich an ein Ende gekommen ist oder einen Fall getroffen hat, welcher eine psychische Aufklärung nicht braucht, oder ob es übergrosser Widerstand ist, der der Arbeit Halt gebietet. Kann man letzteren nicht alsbald besiegen, so darf man annehmen, dass man den Faden bis in eine Schichte hinauf verfolgt hat, die für jetzt noch undurchlässig ist. Man lässt ihn fallen, um einen anderen Faden aufzugreifen, den man vielleicht ebensoweit verfolgt. Ist man mit allen Fäden in diese Schichte nachgekommen, hat dort die Verknotungen aufgefunden, wegen welcher der einzelne Faden isolirt nicht mehr zu verfolgen war, so kann man daran denken, den bevorstehenden Widerstand von Neuem anzugreifen.

Man kann sich leicht vorstellen, wie complicirt eine solche Arbeit werden kann. Man drängt sich unter beständiger Ueberwindung von Widerstand in innere Schichten ein, gewinnt Kenntniss von den in dieser Schichte angehäuften Themen und den durchlaufenden Fäden, prüft, bis wie weit man mit seinen gegenwärtigen Mitteln und seiner gewonnenen Kenntniss vordringen kann, verschafft sich erste Kundschaft von dem Inhalt der nächsten Schichten durch die Druckprocedur, lässt die Fäden fallen und nimmt sie wieder auf, verfolgt sie bis zu Knotenpunkten, holt beständig nach und gelangt, indem man einem Erinnerungsfascikel nachgeht, jedesmal auf einen Nebenweg, der schliesslich doch wieder einmündet. Endlich kommt man auf solche Art so weit, dass man das schichtweise Arbeiten verlassen und auf einem Hauptweg direct zum Kern der pathogenen Organisation vordringen kann. Damit ist der Kampf gewonnen, aber noch nicht beendet. Man muss die anderen Fäden nachholen, das Material erschöpfen; aber jetzt hilft der Kranke energisch mit, sein Widerstand ist meist schon gebrochen.

Es ist in diesen späteren Stadien der Arbeit von Nutzen, wenn man den Zusammenhang erräth und ihn dem Kranken mittheilt, ehe man ihn aufgedeckt hat. Hat man richtig errathen, so beschleunigt man den Verlauf der Analyse, aber auch mit einer unrichtigen Hypothese hilft man sich weiter, indem man den Kranken nöthigt, Partei zu nehmen, und ihm energische Ablehnungen entlockt, die ja ein sicheres Besserwissen verrathen.

Man überzeugt sich dabei mit Erstaunen, dass man nicht im Stande ist, dem Kranken über die Dinge, die er angeblich nicht weiss, etwas aufzudrängen oder die Ergebnisse der Analyse durch Erregung seiner Erwartung zu beeinflussen. Es ist mir kein einziges Mal gelungen, die Reproduction der Erinnerungen oder den Zusammenhang der Ereignisse durch meine Vorhersage zu verändern und zu fälschen, was sich ja endlich durch einen Widerspruch im Gefüge hätte verrathen müssen. Traf etwas so ein, wie ich es vorhergesagt, so war stets durch vielfache unverdächtige Reminiscenzen bezeugt, dass ich eben richtig gerathen hatte. Man braucht sich also nicht zu fürchten, vor dem Kranken irgend eine Meinung über den nächstkommenden Zusammenhang zu äussern; es schadet nichts.

Eine andere Beobachtung, die man jedesmal zu wiederholen Gelegenheit hat, bezieht sich auf die selbständigen Reproductionen des Kranken. Man kann behaupten, dass keine einzige Reminiscenz während einer solchen Analyse auftaucht, die nicht ihre Bedeutung hätte. Ein Dareinmengen beziehungsloser Erinnerungsbilder, die mit den wichtigen irgendwie associirt sind, kommt eigentlich gar nicht vor. Man darf eine nicht regelwidrige Ausnahme für solche Erinnerungen postuliren, die an sich unwichtig, doch als Schaltstücke unentbehrlich sind, indem die Association zwischen zwei beziehungsvollen Erinnerungen nur über sie geht. — Die Zeitdauer, während welcher eine Erinnerung im Engpass vor dem Bewusstsein des Patienten verweilt, steht, wie schon angeführt, in directer Beziehung zu deren Bedeutung. Ein Bild, das nicht verlöschen will, verlangt noch seine Würdigung, ein Gedanke, der sich nicht abthun lässt, will noch weiter verfolgt werden. Es kehrt auch nie eine Reminiscenz zum zweiten Mal wieder, wenn sie erledigt worden ist; ein Bild, das abgesprochen wurde, ist nicht wieder zu sehen. Geschieht dies doch, so darf man mit Bestimmtheit erwarten, dass das zweite Mal ein neuer Gedankeninhalt sich an das Bild, eine neue Folgerung an den Einfall knüpfen wird, d. h., dass

doch keine vollständige Erledigung stattgefunden hat. Eine Wiederkehr in verschiedener Intensität, zuerst als Andeutung, dann in voller Helligkeit kommt hingegen häufig vor, widerspricht aber nicht der eben aufgestellten Behauptung. —

Wenn sich unter den Aufgaben der Analyse die Beseitigung eines Symptoms befindet, welches der Intensitätssteigerung oder der Wiederkehr fähig ist (Schmerzen, Reizsymptome wie Erbrechen, Sensationen, Contracturen), so beobachtet man während der Arbeit von Seiten dieses Symptoms das interessante und nicht unerwünschte Phänomen des „Mitsprechens“. Das fragliche Symptom erscheint wieder oder erscheint in verstärkter Intensität, sobald man in die Region der pathogenen Organisation gerathen ist, welche die Aetiologie dieses Symptoms enthält, und es begleitet nun die Arbeit mit charakteristischen und für den Arzt lehrreichen Schwankungen weiter. Die Intensität desselben (sagen wir: einer Brechneigung) steigt, je tiefer man in eine der hiefür pathogenen Erinnerungen eindringt, erreicht die grösste Höhe kurz vor dem Aussprechen der letzteren und sinkt mit vollendeter Aussprache plötzlich ab oder verschwindet auch völlig für eine Weile. Wenn der Kranke aus Widerstand das Aussprechen lange verzögert, wird die Spannung der Sensation, der Brechneigung, unerträglich und kann man das Aussprechen nicht erzwingen, so tritt wirklich Erbrechen ein. Man gewinnt so einen plastischen Eindruck davon, dass das „Erbrechen“ an Stelle einer psychischen Action (hier des Aussprechens) steht, wie es die Conversionstheorie der Hysterie behauptet.

Diese Intensitätsschwankung von Seiten des hysterischen Symptoms wiederholt sich nun jedesmal, so oft man eine neue, hiefür pathogene Erinnerung in Angriff nimmt; das Symptom steht sozusagen die ganze Zeit über auf der Tagesordnung. Ist man genöthigt, den Faden, an dem dies Symptom hängt, für eine Weile fallen zu lassen, so tritt auch das Symptom in die Dunkelheit zurück, um in einer späteren Periode der Analyse wieder aufzutauchen. Dieses Spiel währt so lange, bis durch das Aufarbeiten des pathogenen Materials für dieses Symptom endgiltige Erledigung geschaffen ist.

Streng genommen, verhält sich hierbei das hysterische Symptom gar nicht anders als das Erinnerungsbild oder der reproducirte Gedanke, den man unter dem Drucke der Hand heraufbeschwört. Hier wie dort dieselbe obsedirende Hartnäckigkeit der Wiederkehr in der Erinnerung des Kranken, die Erledigung erheischt. Der Unterschied liegt nur in dem anscheinend spontanen Auftreten der hysterischen

Symptome, während man sich wohl erinnert, die Scenen und Einfälle selbst provocirt zu haben. Es führt aber in der Wirklichkeit eine ununterbrochene Reihe von den unveränderten Erinnerungsresten affectvoller Erlebnisse und Denkacte bis zu den hysterischen Symptomen, ihren Erinnerungssymbolen.

Das Phänomen des Mitsprechens des hysterischen Symptoms während der Analyse bringt einen praktischen Uebelstand mit sich, mit welchem man den Kranken sollte aussöhnen können. Es ist ja ganz unmöglich, eine Analyse eines Symptoms in einem Zuge vorzunehmen oder die Pausen in der Arbeit so zu vertheilen, dass sie gerade mit Ruhepunkten in der Erledigung zusammentreffen. Vielmehr fällt die Unterbrechung, die durch die Nebenumstände der Behandlung, die vorgerückte Stunde und dgl. gebieterisch vorgeschrieben wird, oft an die ungeschicktesten Stellen, gerade wo man sich einer Entscheidung nähern könnte, gerade wo ein neues Thema auftaucht. Es sind dieselben Uebelstände, die jedem Zeitungsleser die Lectüre des täglichen Fragmentes seines Zeitungsromanes verleiden, wenn unmittelbar nach der entscheidenden Rede der Heldin, nach dem Knallen des Schusses udgl. zu lesen steht: (Fortsetzung folgt). In unserem Falle bleibt das aufgerührte, aber nicht abgethane, Thema, das zunächst verstärkte und noch nicht erklärte Symptom, im Seelenleben des Kranken bestehen und belästigt ihn ärger vielleicht, als es sonst der Fall war. Damit muss er sich eben abfinden können; es lässt sich nicht anders einrichten. Es gibt überhaupt Kranke, die während einer solchen Analyse das einmal berührte Thema nicht wieder loslassen können, die von ihm auch in der Zwischenzeit zwischen zwei Behandlungen obsedirt sind, und da sie doch allein mit der Erledigung nicht weiter kommen, zunächst mehr leiden als vor der Behandlung. Auch solche Patienten lernen es schliesslich, auf den Arzt zu warten, alles Interesse, das sie an der Erledigung des pathogenen Materials haben, in die Stunden der Behandlung zu verlegen, und sie beginnen dann, sich in den Zwischenzeiten freier zu fühlen.

Auch das Allgemeinbefinden der Kranken während einer solchen Analyse erscheint der Beachtung werth. Eine Weile noch bleibt es, von der Behandlung unbeeinflusst, Ausdruck der früher wirksamen Factoren, dann aber kommt ein Moment, in dem der Kranke „gepackt“, sein Interesse gefesselt wird, und von ab geräth auch sein Allgemeinzustand immer mehr in Abhängigkeit von dem Stande der Arbeit. Jedesmal, wenn eine neue Aufklärung gewonnen, ein wichtiger

Abschnitt in der Gliederung der Analyse erreicht ist, fühlt sich der Kranke auch erleichtert, geniesst er wie ein Vorgefühl der nahenden Befreiung; bei jedem Stocken der Arbeit, bei jeder drohenden Verwirrung wächst die psychische Last, die ihn bedrückt, steigert sich seine Unglücksempfindung, seine Leistungsunfähigkeit. Beides allerdings nur für kurze Zeit; denn die Analyse geht weiter, verschmäht es, sich des Momentes von Wohlbefinden zu rühmen, und setzt achtlos über die Perioden der Verdüsterung hinweg. Man freut sich im Allgemeinen, wenn man die spontanen Schwankungen im Befinden des Kranken durch solche ersetzt hat, die man selbst provocirt und versteht, ebenso wie man gerne an Stelle der spontanen Ablösung der Symptome jene Tagesordnung treten sieht, die dem Stande der Analyse entspricht.

Gewöhnlich wird die Arbeit zunächst um so dunkler und schwieriger, je tiefer man in das vorhin beschriebene, geschichtete psychische Gebilde eindringt. Hat man sich aber einmal bis zum Kern durchgearbeitet, so wird es Licht, und das Allgemeinbefinden des Kranken hat keine starke Verdüsterung mehr zu befürchten. Den Lohn der Arbeit aber, das Aufhören der Krankheitssymptome darf man erst erwarten, wenn man für jedes einzelne Symptom die volle Analyse geleistet hat; ja, wo die einzelnen Symptome durch mehrfache Knotungen an einander geknüpft sind, wird man nicht einmal durch Partialerfolge während der Arbeit ermuthigt. Kraft der reichlich vorhandenen causalen Verbindungen wirkt jede noch unerledigte pathogene Vorstellung als Motiv für sämmtliche Schöpfungen der Neurose, und erst mit dem letzten Wort der Analyse schwindet das ganze Krankheitsbild, ganz ähnlich, wie sich die einzelne reproducirte Erinnerung benahm. —

Ist eine pathogene Erinnerung oder ein pathogener Zusammenhang, der dem Ichbewusstsein früher entzogen war, durch die Arbeit der Analyse aufgedeckt und in das Ich eingefügt, so beobachtet man an der so bereicherten psychischen Persönlichkeit verschiedene Arten sich über ihren Gewinn zu äussern. Ganz besonders häufig kommt es vor, dass die Kranken, nachdem man sie mühsam zu einer gewissen Kenntniss genöthigt hat, dann erklären: Das habe ich ja immer gewusst, das hätte ich Ihnen vorher sagen können. Die Einsichtsvolleren erkennen dies dann als eine Selbsttäuschung und klagen sich des Undankes an. Sonst hängt im Allgemeinen die Stellungnahme des Ich gegen die neue Erwerbung davon ab, aus welcher Schicht der Analyse letztere stammt. Was den äussersten Schichten angehört, wird ohne Schwie-

rigkeit anerkannt, es war ja im Besitze des Ich geblieben, und nur sein Zusammenhang mit den tieferen Schichten des pathogenen Materials war für das Ich eine Neuigkeit. Was aus diesen tieferen Schichten zu Tage gefördert wird, findet auch noch Erkennung und Anerkennung, aber doch häufig erst nach längerem Zögern und Bedenken. Visuelle Erinnerungsbilder sind hier natürlich schwieriger zu verleugnen als Erinnerungsspuren von blossen Gedankengängen. Gar nicht selten sagt der Kranke zuerst: Es ist möglich, dass ich diess gedacht habe, aber ich kann mich nicht erinnern, und erst nach längerer Vertrautheit mit dieser Annahme tritt auch das Erkennen dazu; er erinnert sich und bestätigt es auch durch Nebenverknüpfungen, dass er diesen Gedanken wirklich einmal gehabt hat. Ich mache es aber während der Analyse zum Gebote, die Werthschätzung einer auftauchenden Reminiscenz unabhängig von der Anerkennung des Kranken zu halten. Ich werde nicht müde zu wiederholen, dass wir daran gebunden sind, alles anzunehmen, was wir mit unseren Mitteln zu Tage fördern. Wäre etwas Unechtes oder Unrichtiges darunter, so würde der Zusammenhang es später ausscheiden lehren. Nebenbei gesagt, ich habe kaum je Anlass gehabt, einer vorläufig zugelassenen Reminiscenz nachträglich die Anerkennung zu entziehen. Was immer auftauchte, hat sich trotz des täuschendsten Anscheines eines zwingenden Widerspruches doch endlich als das Richtige erwiesen.

Die aus der grössten Tiefe stammenden Vorstellungen, die den Kern der pathogenen Organisation bilden, werden von den Kranken auch am schwierigsten als Erinnerungen anerkannt. Selbst wenn alles vorüber ist, wenn die Kranken, durch den logischen Zwang überwältigt und von der Heilwirkung überzeugt, die das Auftauchen gerade dieser Vorstellungen begleitet, — wenn die Kranken, sage ich, selbst angenommen haben, sie hätten so und so gedacht, fügen sie oft hinzu: Aber erinnern, dass ich es gedacht habe, kann ich mich nicht. Man verständigt sich dann leicht mit ihnen: Es waren unbewusste Gedanken. Wie soll man aber selbst diesen Sachverhalt in seine psychologischen Anschauungen eintragen? Soll man sich über dies verweigerte Erkennen von Seiten der Kranken, das nach gethaner Arbeit motivlos ist, hinwegzusetzen; soll man annehmen, dass es sich wirklich um Gedanken handelt, die nicht zu Stande gekommen sind, für welche bloss die Existenzmöglichkeit vorlag, so dass die Therapie in der Vollziehung eines damals unterbliebenen psychischen Actes bestünde? Es ist offenbar unmöglich, hierüber, d. h. also über den Zustand des

pathogenen Materials vor der Analyse etwas auszusagen, ehe man seine psychologischen Grundansichten, zumal über das Wesen des Bewusstseins, gründlich geklärt hat. Es bleibt wohl eine des Nachdenkens würdige Thatsache, dass man bei solchen Analysen einen Gedankengang aus dem Bewussten in's Unbewusste (d. i. absolut nicht als Erinnerung Erkannte) verfolgen, ihn von dort aus wieder eine Strecke weit durch's Bewusstsein ziehen und wieder im Unbewussten enden sehen kann, ohne dass dieser Wechsel der „psychischen Beleuchtung" an ihm selbst, an seiner Folgerichtigkeit, dem Zusammenhang seiner einzelnen Theile, etwas ändern würde. Habe ich dann einmal diesen Gedankengang ganz vor mir, so könnte ich nicht errathen, welches Stück vom Kranken als Erinnerung erkannt wurde, welches nicht. Ich sehe nur gewissermaassen die Spitzen des Gedankenganges in's Unbewusste eintauchen, umgekehrt wie man es von unseren normalen psychischen Vorgängen behauptet hat.

Ich habe endlich noch ein Thema zu behandeln, welches bei der Durchführung einer solchen kathartischen Analyse eine unerwünscht grosse Rolle spielt. Ich habe bereits als möglich zugestanden, dass die Druckprocedur versagt, trotz alles Versicherns und Drängens keine Reminiscenz heraufbefördert. Dann, sagte ich, seien zwei Fälle möglich, entweder, es ist an der Stelle, wo man eben nachforscht, wirklich nichts zu holen; diess erkennt man an der völlig ruhigen Miene des Kranken; oder man ist auf einen erst später überwindbaren Widerstand gestossen, man steht vor einer neuen Schichte, in die man noch nicht eindringen kann, und das liest man dem Kranken wiederum von seiner gespannten und von geistiger Anstrengung zeugenden Miene ab. Es ist aber noch ein dritter Fall möglich, der gleichfalls ein Hinderniss bedeutet, aber kein inhaltliches, sondern ein äusserliches. Dieser Fall tritt ein, wenn das Verhältniss des Kranken zum Arzte gestört ist, und bedeutet das ärgste Hinderniss, auf das man stossen kann. Man kann aber in jeder ernsteren Analyse darauf rechnen.

Ich habe bereits angedeutet, welche wichtige Rolle der Person des Arztes bei der Schöpfung von Motiven zufällt, welche die psychische Kraft des Widerstandes besiegen sollen. In nicht wenigen Fällen, besonders bei Frauen und wo es sich um Klärung erotischer Gedankengänge handelt, wird die Mitarbeiterschaft der Patienten zu einem persönlichen Opfer, das durch irgend welches Surrogat von Liebe vergolten werden muss. Die Mühewaltung und geduldige Freundlichkeit

des Arztes haben als solches Surrogat zu genügen. Wird nun dieses Verhältniss der Kranken zum Arzt gestört, so versagt auch die Bereitschaft der Kranken; wenn der Arzt sich nach der nächsten pathogenen Idee erkundigen will, tritt der Kranken das Bewusstsein der Beschwerden dazwischen, die sich bei ihr gegen den Arzt angehäuft haben. Soviel ich erfahren habe, tritt dieses Hinderniss in 3 Hauptfällen ein:

1. Bei persönlicher Entfremdung, wenn die Kranke sich zurückgesetzt, geringgeschätzt, beleidigt glaubt oder Ungünstiges über den Arzt und die Behandlungsmethode gehört hat. Diess ist der am wenigsten ernste Fall; das Hinderniss ist durch Aussprechen und Aufklären leicht zu überwinden, wenngleich die Empfindlichkeit und der Argwohn Hysterischer sich gelegentlich in ungeahnten Dimensionen äussern können.

2. Wenn die Kranke von der Furcht ergriffen wird, sie gewöhne sich zu sehr an die Person des Arztes, verliere ihre Selbständigkeit ihm gegenüber, könne gar in sexuelle Abhängigkeit von ihm gerathen. Dieser Fall ist bedeutsamer, weil minder individuell bedingt. Der Anlass zu diesem Hinderniss ist in der Natur der therapeutischen Bekümmerung enthalten. Die Kranke hat nun ein neues Motiv zum Widerstand, welches sich nicht nur bei einer gewissen Reminiscenz, sondern bei jedem Versuch der Behandlung äussert. Ganz gewöhnlich klagt die Kranke über Kopfschmerz, wenn man die Druckprocedur vornimmt. Ihr neues Motiv zum Widerstand bleibt ihr nämlich meistens unbewusst, und sie äussert es durch ein neu erzeugtes hysterisches Symptom. Der Kopfschmerz bedeutet die Abneigung, sich beeinflussen zu lassen.

3. Wenn die Kranke sich davor schreckt, dass sie aus dem Inhalt der Analyse auftauchende peinliche Vorstellungen auf die Person des Arztes überträgt. Dies ist häufig, ja in manchen Analysen ein regelmässiges Vorkommnis. Die Uebertragung auf den Arzt geschieht durch falsche Verknüpfung (vgl. p. 55). Ich muss hier wohl ein Beispiel anführen: Ursprung eines gewissen hysterischen Symptoms war bei einer meiner Patientinnen der vor vielen Jahren gehegte und sofort in's Unbewusste verwiesene Wunsch, der Mann, mit dem sie damals ein Gespräch geführt, möchte doch herzhaft zugreifen und ihr einen Kuss aufdrängen. Nun taucht einmal nach Beendigung einer Sitzung ein solcher Wunsch in der Kranken in Bezug auf meine Person auf; sie ist entsetzt darüber, verbringt eine schlaflose Nacht

und ist das nächste Mal, obwohl sie die Behandlung nicht verweigert, doch ganz unbrauchbar zur Arbeit. Nachdem ich das Hindernis erfahren und behoben habe, geht die Arbeit weiter und siehe da, der Wunsch, der die Kranke so erschreckt, erscheint als die nächste, als die jetzt vom logischen Zusammenhang geforderte, der pathogenen Erinnerungen. Es war also so zugegangen: Es war zuerst der Inhalt des Wunsches im Bewusstsein der Kranken aufgetreten, ohne die Erinnerungen an die Nebenumstände, die diesen Wunsch in die Vergangenheit verlegen konnten; der nun vorhandene Wunsch wurde durch den im Bewusstsein herrschenden Associationszwang mit meiner Person verknüpft, welche ja die Kranke beschäftigen darf, und bei dieser Mesalliance — die ich falsche Verknüpfung heisse — wacht derselbe Affect auf, der seinerzeit die Kranke zur Verweisung dieses unerlaubten Wunsches gedrängt hat. Nun ich das einmal erfahren habe, kann ich von jeder ähnlichen Inanspruchnahme meiner Person voraussetzen, es sei wieder eine Uebertragung und falsche Verknüpfung vorgefallen. Die Kranke fällt merkwürdiger Weise der Täuschung jedes neue Mal zum Opfer.

Man kann keine Analyse zu Ende führen, wenn man dem Widerstande, der sich aus diesen drei Vorfällen ergibt, nicht zu begegnen weiss. Man findet aber auch hierzu den Weg, wenn man sich vorsetzt, dieses nach altem Muster neu producirte Symptom so zu behandeln wie die alten. Man hat zunächst die Aufgabe, das „Hinderniss“ der Kranken bewusst zu machen. Bei einer meiner Kranken z. B., bei der plötzlich die Druckprocedur versagte und ich Grund hatte, eine unbewusste Idee wie die unter 2. erwähnte anzunehmen, traf ich es das erste Mal durch Ueberrumpelung. Ich sagte ihr, es müsse sich ein Hinderniss gegen die Fortsetzung der Behandlung ergeben haben, die Druckprocedur habe aber wenigstens die Macht, ihr dieses Hinderniss zu zeigen, und drückte auf ihren Kopf. Sie sagte erstaunt: Ich sehe Sie auf dem Sessel hier sitzend, das ist doch ein Unsinn; was soll das bedeuten? — Ich konnte sie nun aufklären.

Bei einer anderen pflegte sich das „Hinderniss“ nicht direct auf Druck zu zeigen, aber ich konnte es jedesmal nachweisen, wenn ich die Patientin auf den Moment zurückführte, in dem es entstanden war. Diesen Moment wiederzubringen, weigerte uns die Druckprocedur nie. Mit dem Auffinden und Nachweisen des Hindernisses war die erste Schwierigkeit hinweggeräumt, eine grössere blieb noch bestehen. Sie bestand darin, die Kranken zum Mittheilen zu bewegen, wo anscheinend persönliche Beziehungen in Betracht kamen, wo die dritte

Person mit der des Arztes zusammenfiel. Ich war anfangs über diese Vermehrung meiner psychischen Arbeit recht ungehalten, bis ich das Gesetzmässige des ganzen Vorganges einsehen lernte, und dann merkte ich auch, dass durch solche Uebertragung keine erhebliche Mehrleistung geschaffen sei. Die Arbeit für die Patientin blieb dieselbe: etwa den peinlichen Affect zu überwinden, dass sie einen derartigen Wunsch einen Moment lang hegen konnte, und es schien für den Erfolg gleichgiltig, ob sie diese psychische Abstossung im historischen Falle oder im recenten mit mir zum Thema der Arbeit nahm. Die Kranken lernten auch allmählich einsehen, dass es sich bei solchen Uebertragungen auf die Person des Arztes um einen Zwang und um eine Täuschung handle, die mit Beendigung der Analyse zerfliesse. Ich meine aber, wenn ich versäumt hätte, ihnen die Natur des „Hindernisses“ klar zu machen, hätte ich ihnen einfach ein neues hysterisches Symptom, wenn auch ein milderes, für ein anderes, spontan entwickeltes, substituirt.

Nun, meine ich, ist es genug der Andeutungen über die Ausführung solcher Analysen und die dabei gemachten Erfahrungen. Sie lassen vielleicht manches complicirter erscheinen, als es ist; vieles ergibt sich ja von selbst, wenn man sich in solch einer Arbeit befindet. Ich habe die Schwierigkeiten der Arbeit nicht aufgezählt, um den Eindruck zu erwecken, es lohne sich bei derartigen Anforderungen an Arzt und Kranke nur in den seltensten Fällen, eine kathartische Analyse zu unternehmen. Ich lasse mein ärztliches Handeln von der gegentheiligen Voraussetzung beeinflussen. — Die bestimmtesten Indicationen für die Anwendung der hier geschilderten therapeutischen Methode kann ich freilich nicht aufstellen, ohne in die Würdigung des bedeutsameren und umfassenderen Themas der Therapie der Neurosen überhaupt einzugehen. Ich habe bei mir häufig die kathartische Psychotherapie mit chirurgischen Eingriffen verglichen, meine Curen als psychotherapeutische Operationen bezeichnet, die Analogien mit Eröffnung einer eitergefüllten Höhle, der Auskratzung einer cariös erkrankten Stelle und dgl. verfolgt. Eine solche Analogie findet ihre Berechtigung nicht so sehr in der Entfernung des Krankhaften als in der Herstellung besserer Heilungsbedingungen für den Ablauf des Processes.

Ich habe wiederholt von meinen Kranken, wenn ich ihnen Hilfe oder Erleichterung durch eine kathartische Cur versprach, den Einwand

hören müssen: Sie sagen ja selbst, dass mein Leiden wahrscheinlich mit meinen Verhältnissen und Schicksalen zusammenhängt; daran können Sie ja nichts ändern; auf welche Weise wollen Sie mir denn helfen? Darauf habe ich antworten können: — Ich zweifle ja nicht, dass es dem Schicksal leichter fallen müsste als mir, Ihr Leiden zu beheben; aber Sie werden sich überzeugen, dass viel damit gewonnen ist, wenn es uns gelingt, Ihr hysterisches Elend in gemeines Unglück zu verwandeln. Gegen das letztere werden Sie sich mit einem wieder genesenen Nervensystem besser zur Wehre setzen können.

Reprint in 800 Exemplaren
der 1895 im Verlag Franz Deuticke, Leipzig
und Wien, erschienenen Erstausgabe

Gesetzt bei Fotosatz Otto Gutfreund GmbH, Darmstadt
Gedruckt bei Wagner GmbH, Nördlingen
Gebunden bei G. Lachenmaier, Reutlingen
ISBN 3-10-007903-5

Ilse Grubrich-Simitis

Urbuch der Psychoanalys

Hundert Jahre *Studien über Hysteri*
von Josef Breuer und Sigmund Freu